https://doi.org/10.22516/25007440.1648

Artículo de revisión

Actualización de los criterios de Roma V: trastornos intestinales

Update to the Rome V criteria: Bowel disorders

Max Julio Schmulson-Wasserman,[1*] Sara Alejandra Zaragoza-Galicia,[2] José Francisco Zárate-Villazón.[2]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Schmulson-Wasserman MJ, Zaragoza-Galicia SA, Zárate-Villazón JF. Actualización de los criterios de Roma V: trastornos intestinales. Rev. colomb. Gastroenterol. 2026;41(4):471-479. https://doi.org/10.22516/25007440.1648

[1] Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo (UME), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Gastroenterología y Motilidad Gastrointestinal, Clínica Lomas Altas, S. C. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia en Práctica Médica Grupal, Centro Médico ABC. Ciudad de México, México.
[2] Laboratorio de Trastornos Neurogastroenterológicos, Unidad de Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo (UME), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ciudad de México, México.

***Correspondencia:**
Max Julio Schmulson-Wasserman.
mschmulson@gmail.com

Fecha recibido: 28/09/2026
Fecha aceptado: 16/10/2026

Resumen

Introducción: la actualización de los criterios de Roma V incorpora modificaciones en la clasificación, nomenclatura y criterios diagnósticos de los trastornos de la interacción intestino-cerebro. En los trastornos intestinales, estos cambios son heterogéneos respecto a Roma IV y tienen implicaciones clínicas y epidemiológicas.

Resultados: se revisan las modificaciones introducidas por Roma V en el síndrome de intestino irritable, estreñimiento crónico, diarrea funcional, distensión abdominal funcional, trastornos intestinales no clasificables y estreñimiento inducido por opioides, así como los cambios epidemiológicos respecto a Roma IV y la incorporación de criterios clínicos para su aplicación en la práctica médica.

Conclusiones: Roma V introduce cambios de diferente magnitud en los trastornos intestinales. El síndrome de intestino irritable presenta las modificaciones diagnósticas más relevantes, mientras que en otras entidades predominan cambios nomenclaturales o conceptuales. Aunque la prevalencia global de los trastornos intestinales permanece relativamente estable respecto a Roma IV, se modifica la distribución de algunas entidades, particularmente con un incremento del síndrome de intestino irritable y una disminución del estreñimiento. Los criterios clínicos permiten una aplicación más flexible de los conceptos de Roma en la práctica médica, manteniendo las características cualitativas de cada trastorno.

Palabras clave: Roma V, síndrome del intestino irritable, estreñimiento, diarrea, trastornos funcionales gastrointestinales.

Abstract

Introduction: The Rome V criteria update modifies the classification, nomenclature, and diagnostic criteria for disorders of gut–brain interaction. In bowel disorders, these changes vary in scope compared with Rome IV and have clinical and epidemiological implications.

Results: This review examines the modifications introduced in Rome V for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhea, functional abdominal bloating and distension, unclassified bowel disorders, and opioid-induced constipation. It also addresses epidemiological changes compared with Rome IV and incorporates clinical criteria to facilitate their application in medical practice.

Conclusions: Rome V introduces changes of varying magnitude across bowel disorders. Irritable bowel syndrome undergoes the most substantial diagnostic changes, whereas other conditions mainly undergo nomenclatural or conceptual changes. Although the overall prevalence of bowel disorders remains relatively stable compared with Rome IV, the distribution of certain conditions has changed, particularly with an increase in irritable bowel syndrome and a decrease in constipation. The clinical criteria allow more flexible application of Rome concepts in medical practice while preserving each disorder's defining qualitative characteristics.

Keywords: Rome V, irritable bowel syndrome, constipation, diarrhea, functional gastrointestinal disorders.

CC BY NC ND

INTRODUCCIÓN

La Fundación Roma tiene como objetivo promover el conocimiento de los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC), desarrollar criterios que permitan su adecuada caracterización y favorecer un abordaje diagnóstico y terapéutico basado en la evidencia científica. Los criterios de Roma han contribuido a transformar la comprensión de estos trastornos, pasando de un enfoque basado principalmente en alteraciones de la motilidad y en la exclusión de enfermedad orgánica hacia una conceptualización más amplia, sustentada en un modelo biopsicosocial.

Desde su primera clasificación, los criterios de Roma se han actualizado aproximadamente cada 10 años conforme se ha acumulado nueva evidencia científica. La transición de Roma I a Roma V refleja una evolución progresiva desde criterios sustentados predominantemente en el consenso de expertos hacia un marco cada vez más basado en evidencia[1]. En particular, el proceso de Roma V se desarrolló durante siete años, de 2019 a 2026, e incorporó una revisión amplia de la literatura básica y clínica, así como información epidemiológica y clínica obtenida mediante diferentes grupos de trabajo. La necesidad de esta última actualización surge de la identificación de diversos aspectos y conceptos, que han cambiado desde los criterios de Roma IV[2], como son:

- Avance en el conocimiento: en los últimos 10 años desde Roma IV, ha habido un progreso en áreas importantes para los TIIC, como el microbioma, el impacto de la dieta, mecanismos y tratamientos enfocados al sistema nervioso central y diferencias de sexo.
- Sobreposición de diagnósticos: en los criterios de Roma IV, existía un área gris en la que algunos trastornos se sobreponían, y no existía un criterio determinante para diferenciarlos.
- Diferencias culturales: armonizar las diferencias que existen entre poblaciones con el uso que se tiene de ciertos términos que pueden llegar a tener connotaciones distintas.
- Separación del uso de criterios clínicos de los criterios con fines de investigación o criterios tradicionales: aunque los objetivos del cuidado del paciente en la clínica y aquellos de los ensayos clínicos están relacionados, no son idénticos. Existe una mejor caracterización y estandarización de los sujetos reclutados para un estudio de investigación, pero también se requiere una mayor flexibilidad de los criterios para los pacientes en la clínica.
- Manejo multidisciplinario: incluye intervenciones dietéticas, tratamientos conductuales y abordajes farmacológicos con el fin de que el médico pueda hacer un abordaje más personalizado respecto a las necesidades del paciente.

Desde Roma IV se adoptó el término *trastornos de la interacción intestino-cerebro* en sustitución del concepto tradicional de *trastornos funcionales*[1]. Esta modificación buscó proporcionar una conceptualización más amplia de estas entidades y que reflejara el concepto del mecanismo fisiopatológico de dichos trastornos, además de alejarse de una denominación que podía resultar reduccionista y estigmatizante para los pacientes. De hecho, los TIIC se caracterizan por síntomas gastrointestinales relacionados con alteraciones del eje intestino-cerebro, incluyendo una combinación variable de alteraciones de la motilidad, hipersensibilidad visceral, cambios en la función de la mucosa e inmunidad de esta, alteraciones de la microbiota intestinal y del procesamiento anormal de las señales gastrointestinales a nivel del sistema nervioso central. Este cambio conceptual ha permitido comprender que estas entidades no constituyen simplemente trastornos "sin alteración orgánica", sino condiciones complejas en las que interactúan mecanismos fisiológicos, biológicos y psicosociales. Desde entonces, el término TIIC ha mostrado un incremento en su utilización en la literatura científica.

La actualización de Roma V surge, por tanto, de la necesidad de incorporar los avances acumulados desde la publicación de Roma IV en 2016. Entre las principales áreas consideradas se encuentran el conocimiento sobre la dieta, el microambiente intestinal, las interacciones del eje intestino-cerebro, la farmacogenómica, los factores biopsicosociales, las diferencias relacionadas con el sexo y los aspectos interculturales. Asimismo, se buscó reducir el uso de términos imprecisos o potencialmente estigmatizantes, actualizar los algoritmos diagnósticos e incorporar con mayor énfasis la experiencia del paciente y los aspectos socioculturales[2].

Con estas pautas generales, respecto a los trastornos intestinales se realizaron cambios en la clasificación de los trastornos, cambiando el término *estreñimiento funcional* por *estreñimiento crónico*, el uso de *distensión abdominal funcional* eliminando el término en inglés *bloating* (que por cierto no tiene traducción al español) y cambiando el término *trastorno funcional intestinal no específico* a *trastorno funcional no clasificado*.

RESULTADOS

¿Qué hay de nuevo en los trastornos intestinales en Roma V?

En Roma V, al igual que en las versiones previas de Roma, los trastornos se distribuyen de acuerdo con el órgano blanco (esofágicos, gastroduodenales, intestinales, trastornos de dolor mediados centralmente, vesícula biliar y esfínter de Oddi, y anorrectales; con cada uno clasificado con

letras respectivamente: A, B, C, D, E, F), y en cada grupo por órgano blanco, numerados en el orden en que se describieron. Los trastornos intestinales (C) constituyen uno de los principales grupos de TIIC e incluyen las siguientes categorías: C1. Síndrome de intestino irritable (SII), C2. Estreñimiento crónico (EC), C3. Diarrea funcional (DrF), C4. Distensión abdominal funcional (DAF), C5. Trastornos intestinales no clasificables, y C6. Estreñimiento inducido por opioides (EIO) (**Tabla 1**). En esta actualización se realizaron modificaciones en la nomenclatura y en los criterios diagnósticos de algunas categorías, particularmente en el SII, con el objetivo de mejorar la correspondencia entre los criterios diagnósticos, la evidencia epidemiológica y la presentación clínica observada en la práctica[2].

Tabla 1. Trastornos intestinales, Roma V

C1. Síndrome de intestino irritable (SII) - C1a. SII con predominio de estreñimiento (SII-E) - C1b. SII con predominio de diarrea (SII-D) - C1c. SII mixto (SII-M) - C1d. SII no clasificable (SII-NC)
C2. Estreñimiento crónico
C3. Diarrea funcional
C4. Distensión abdominal funcional
C5. Trastornos intestinales no clasificables
C6. Estreñimiento inducido por opioides

Tabla elaborada por los autores.

C1. Síndrome de intestino irritable (SII)

Entre los trastornos intestinales, el SII es el trastorno que presenta modificaciones particularmente relevantes en Roma V. Roma IV produjo una reducción importante de la prevalencia estimada de SII[3], atribuida principalmente al aumento del umbral de frecuencia del dolor y, en menor medida, a la eliminación del término *malestar*. En otras palabras, los criterios solo consideraron la presencia de dolor abdominal[4], sin malestar abdominal, como se consideraba en iteraciones previas de Roma[5,6]. Además, estudios posteriores identificaron pacientes con manifestaciones compatibles con SII que presentaban malestar abdominal sin dolor, especialmente en Asia[7]. Por otra parte, en Roma IV, el marco de tiempo de la presencia de dolor abdominal era muy estricto, requería la presencia de dolor abdominal al menos una vez a la semana durante los 3 meses previos[4]. Estos hallazgos proporcionaron el fundamento para que Roma V reincorporara el malestar y, además, que se redujera el umbral de dolor o malestar abdominal a 3 o más días al mes. Esta modificación busca reconocer la heterogeneidad de la experiencia sintomática entre diferentes poblaciones y evitar que los pacientes que presentan malestar sin dolor queden excluidos del diagnóstico de SII[4].

Asimismo, Roma V especifica que el dolor o malestar abdominal debe ser recurrente pero no continuo, con el objetivo de diferenciar el SII de otros trastornos caracterizados por dolor abdominal persistente, tales como el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente tipo B, que puede estar asociado con cambios fisiológicos, como alteraciones de las evacuaciones[8]. De hecho, el Estudio Epidemiológico Global de Roma V (EEGRV)[9] respalda la relevancia de esta modificación (ver más adelante).

Adicionalmente, se incorpora como criterio de apoyo que el dolor o malestar abdominal no debe estar relacionado exclusivamente con la menstruación. Esta precisión busca facilitar la diferenciación entre los síntomas atribuibles al SII y aquellos relacionados predominantemente con el ciclo menstrual[8,10].

En conjunto, estas modificaciones buscan mejorar la correspondencia entre los criterios diagnósticos y la presentación clínica del SII en diferentes poblaciones, lo cual permite una identificación más amplia de pacientes con manifestaciones compatibles con este trastorno.

A pesar de estas modificaciones, la estructura fundamental del diagnóstico permanece, incluidos la asociación del dolor o malestar abdominal con la defecación o con cambios en la frecuencia o forma de las evacuaciones. Los cuatro subtipos del SII también se mantienen, de acuerdo con el patrón predominante del hábito intestinal, utilizando la Escala de Forma de las Heces de Bristol (BSFS) (**Figura 1**): SII con estreñimiento (SII-E), SII con diarrea (SII-D), SII mixto (SII-M) y SII no clasificable (SII-NC) (**Tablas 2** y **3**)[11].

Tabla 2. Criterios diagnósticos de síndrome de intestino irritable (SII)

Dolor o malestar abdominal recurrente pero no continuo, al menos tres días al mes en promedio en los últimos tres meses, asociado con dos o más de los siguientes criterios[a]:
- Relacionado con la defecación
- Asociado a un cambio en la frecuencia de deposiciones
- Asociado a cambios en la forma (apariencia) de las heces
Criterios de apoyo: el dolor/malestar abdominal no debe estar relacionado únicamente con la menstruación.

[a]Inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al. (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

Tabla 3. Criterios diagnósticos de los subtipos del SII*

Los hábitos intestinales predominantes se basan en la forma de las heces en los días con al menos una evacuación intestinal anormal.[a]	
SII con predominio de estreñimiento (SII-E)	- >25% de las evacuaciones con heces tipo 1 o 2 de la escala de Bristol y <25% de las evacuaciones con heces tipo 6 o 7 de la escala de Bristol. Alternativa para epidemiología o práctica clínica: el paciente refiere que las evacuaciones anormales suelen corresponder a estreñimiento (tipo 1 o 2 en la imagen de la Escala de Forma de las Heces de Bristol [BSFS]).
SII con predominio de diarrea (SII-D)	- >25% de las evacuaciones con heces tipo 6 o 7 de la escala de Bristol y <25% de las evacuaciones con heces tipo 1 o 2 de la escala de Bristol. Alternativa para epidemiología o práctica clínica: el paciente refiere que las evacuaciones anormales suelen corresponder a diarrea (tipo 6 o 7 en la imagen de la BSFS).
SII con hábitos intestinales mixtos (SII-M)	- >25% de las evacuaciones con heces tipo 1 o 2 de la escala de Bristol y >25% de las evacuaciones con heces tipo 6 o 7 de la escala de Bristol. Alternativa para epidemiología o práctica clínica: el paciente refiere que las evacuaciones anormales suelen corresponder tanto a estreñimiento como a diarrea (más del 25% de todas las evacuaciones anormales fueron estreñimiento y más del 25% fueron diarrea, utilizando la imagen de la BSFS).
SII no clasificado (SII-NC)	- Pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de SII, pero cuyos hábitos intestinales no pueden clasificarse con precisión en uno de los tres grupos anteriores, deben categorizarse como SII-NC. Alternativa para epidemiología o práctica clínica: el paciente refiere que las heces anormales (tanto diarrea como estreñimiento) son poco frecuentes.
Para ensayos clínicos, se recomienda realizar la clasificación en subtipos con base en al menos 2 semanas de datos de un diario de síntomas, utilizando la "regla del 25%".	

*Para tener confianza en la clasificación del subtipo de SII, los pacientes deben presentar al menos cuatro días de hábitos intestinales anormales cada mes. Los subtipos de hábito intestinal deben basarse en la BSFS durante los días con hábitos intestinales anormales. El análisis de los días sin evacuación intestinal no aumenta la especificidad de la clasificación en subtipos, mientras que analizar únicamente los días con evacuaciones intestinales anormales sí la aumenta. Un análisis cuidadoso de los diarios de evacuaciones, utilizando diferentes puntos de corte, determinó que la regla del 25% para las anomalías de las heces clasificaba con mayor precisión a los pacientes en los diferentes subtipos y reducía al mínimo la cantidad de pacientes clasificados dentro del subtipo no clasificado. Estas recomendaciones se basan en datos normativos obtenidos de estudios poblacionales y de estudios clínicos que demuestran que una gran proporción de pacientes con SII presenta algunas evacuaciones dentro del rango normal de la consistencia de las heces. La evaluación (opinión subjetiva o datos obtenidos mediante la BSFS) se debe realizar cuando el paciente no esté utilizando tratamientos para las alteraciones del hábito intestinal (incluidos laxantes y agentes antidiarreicos). Las categorías de subtipos se consideran mutuamente excluyentes.
[a]Los subtipos de SII relacionados con alteraciones del hábito intestinal (SII-E, SII-D y SII-M) solo pueden establecerse con confianza cuando se evalúa al paciente sin medicamentos utilizados para tratar dichas alteraciones.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

C2. Estreñimiento crónico

El EC, denominado previamente *estreñimiento funcional*, se caracteriza por una defecación difícil, infrecuente o incompleta. En Roma V, el principal cambio corresponde a la nomenclatura, al sustituirse el término *estreñimiento funcional* por *crónico*. Esta modificación forma parte de la tendencia general de Roma V de alejarse del término "funcional" en la denominación de los TIIC. Asimismo, el Comité de Trastornos Intestinales seleccionó el término *estreñimiento crónico* en lugar de *estreñimiento idiopático crónico*, con el propósito de enfatizar que esta entidad rara vez es secundaria a una etiología orgánica. En términos generales, *estreñimiento crónico*, *estreñimiento funcional* y *estreñimiento idiopático crónico* pueden considerarse términos intercambiables; sin embargo, Roma V utiliza preferentemente el primero.

En cuanto a los criterios diagnósticos, Roma V no introduce modificaciones sustanciales respecto a Roma IV, por lo que mantiene los requisitos establecidos previamente para el estreñimiento funcional (**Tabla 4**)[4,8,11].

Un aspecto relevante de Roma V es la distinción conceptual entre EC y SII-E. Aunque ambos trastornos pueden compartir manifestaciones clínicas, la diferencia principal radica en que el dolor o malestar abdominal predominante favorece el diagnóstico de SII-E, mientras que en el EC estos síntomas pueden estar presentes, pero no constituyen la manifestación predominante. El propio capítulo reconoce que esta distinción no siempre es clara en la práctica clínica[8].



Figura 1. Escala de forma de las heces de Bristol (*Bristol Stool Form Scale*, BSFS).
Tomada de: Copyright 2000 Rome Foundation, Inc. All Rights Reserved.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de estreñimiento crónico

Debe incluir dos o más de los siguientes[a]:
- Esfuerzo durante más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
- Heces grumosas o duras (tipos 1-2 de la Escala de Forma de las Heces de Bristol) en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
- Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
- Maniobras manuales utilizadas para facilitar más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones (por ejemplo, evacuación digital o soporte del piso pélvico).
- Menos de tres evacuaciones intestinales espontáneas (EIE) por semana.
- Las heces blandas rara vez están presentes sin el uso de laxantes.
- Estos criterios son insuficientes para el diagnóstico de SII.

[a]Los criterios deben haberse cumplido durante los últimos tres meses o más, con inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

C3. Diarrea funcional

A pesar de que desde Roma IV se ha tratado de eliminar el término *funcional* de este trastorno, en realidad el Comité de Trastornos Intestinales no encontró un término adecuado para reemplazarlo, a pesar de las discusiones extensas al respecto. Al contrario del EC, en el que *funcional* se reemplazó por *crónico*, debido a que la mayoría de los casos no corresponden a causas orgánicas, como se mencionó anteriormente, en DrF esto no fue posible, ya que, en la mayoría de los casos de diarrea crónica, sí hay causas orgánicas desencadenantes. Por tanto, se mantuvo la nomenclatura de DrF. Queda abierta la posibilidad de cambiar la nomenclatura si se encontrase un calificativo que pudiera reemplazar al funcional[4,8].

La DrF se caracteriza por la presencia predominante de evacuaciones de consistencia blanda o acuosa, sin que se cumplan los criterios diagnósticos para SII-D. En Roma V, los criterios diagnósticos se mantienen en términos generales respecto a Roma IV; sin embargo, se incorpora una modificación puntual relacionada con la consistencia de las heces. En particular, Roma V añade como criterio que las heces duras o formadas sean infrecuentes en ausencia de medicamentos que puedan causar estreñimiento. El Comité de Trastornos Intestinales introdujo este requisito con el propósito de armonizar los criterios de DrF con los establecidos para el estreñimiento crónico, lo que favorece una mayor consistencia entre ambas entidades (**Tabla 5**).

Tabla 5. Criterios diagnósticos de diarrea funcional

Debe incluir los dos siguientes[a]:
- Heces blandas o acuosas en más del 25% de las evacuaciones.
- Las heces duras rara vez están presentes sin el uso de medicamentos que puedan causar estreñimiento[b].

[a]Los criterios deben haberse cumplido durante los últimos tres meses, con inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico. Deben excluirse los pacientes que cumplan criterios para SII-D.
[b]Justificación del cambio en los criterios: se añadió el criterio dos para mantener la consistencia con los criterios diagnósticos de estreñimiento crónico.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

El resto de los criterios permanece esencialmente sin cambios: las heces blandas o acuosas deben presentarse en más del 25% de las evacuaciones, y se mantiene la

necesidad de diferenciar la DrF del SII-D, particularmente por la ausencia de dolor o malestar abdominal predominante (**Tabla 5**). Por tanto, a diferencia del SII, en el cual Roma V introduce DrF, los criterios son más acotados y se orientan principalmente a la armonización de diagnósticos con otras entidades intestinales.

C4. Distensión abdominal funcional

La DAF se caracteriza por la presencia recurrente de *bloating* (distensión abdominal subjetiva) o distensión abdominal objetiva o visible, sin que se cumplan los criterios diagnósticos para otros trastornos intestinales. En Roma V, los criterios diagnósticos se mantienen en términos generales respecto a Roma IV; sin embargo, se realizan precisiones en torno a la relación entre *bloating* y distensión abdominal. En este sentido, Roma V mantiene ambos fenómenos dentro de una misma entidad debido a que actualmente no existe evidencia suficiente para establecerlos como trastornos independientes y, por tanto, se elimina el *bloating* del diagnóstico. Es de anotar que en español (lo cual nos concierne debido a que esta es una publicación de un país latinoamericano donde se habla español), siempre habíamos denominado a este trastorno como *distensión abdominal funcional*, debido a que no hay un término en español para *bloating*[4,8].

Los criterios diagnósticos de Roma V requieren la presencia de distensión abdominal subjetiva u objetiva o visible, recurrente, presente al menos un día por semana, con predominio sobre otros síntomas, además de que no se cumplan los criterios para SII, EC, DrF o el subtipo síndrome de dificultad posprandial (SDP) de la dispepsia funcional (**Tabla 6**)[12].

Tabla 6. Criterios diagnósticos para distensión abdominal funcional

Debe incluir ambos de los siguientes[a]:
- Distensión abdominal subjetiva recurrente o distensión visible, al menos 1 día por semana en promedio; la distensión abdominal subjetiva o visible predominan sobre otros síntomas.
- Criterios insuficientes para el diagnóstico de SII, estreñimiento crónico (EC), diarrea funcional (DrF) y el subtipo síndrome de dificultad posprandial de la dispepsia funcional.
Puede presentarse dolor o malestar leve relacionado con la distensión abdominal, así como alteraciones menores del hábito intestinal, pero estos no son predominantes.

[a]Los criterios deben haberse cumplido durante los últimos tres meses, con inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

Por tanto, a diferencia del SII, en el que Roma V introduce modificaciones relevantes en los criterios diagnósticos, los cambios en la DAF son principalmente de carácter nominativo, y se mantiene la distensión abdominal subjetiva y visible como manifestaciones de una misma entidad ante la ausencia de evidencia suficiente para justificar su separación.

C5. Trastornos intestinales no clasificables

Los trastornos intestinales no clasificables comprenden a los pacientes que presentan síntomas intestinales molestos que no cumplen completamente los criterios diagnósticos de ninguna de las entidades intestinales definidas anteriormente. En Roma V, esta categoría presenta principalmente un cambio de nomenclatura respecto a Roma IV, al sustituirse el término *trastorno intestinal funcional no especificado* por *trastorno intestinal no clasificable*. Esto se debió al hecho de que darle a un paciente un diagnóstico "no especificado" significa algo confuso o, más aún, la ausencia de un diagnóstico. En cambio, "no clasificable", si bien es también algo inexacto, significa explicarle al paciente que no se puede encajar dentro de los otros trastornos intestinales, incluidos el SII, EC, DrF, o DAF, ya que cumple criterios de varios de estos, y se le debe explicar cuáles son estos trastornos. Asimismo, en concordancia con la tendencia general de Roma V, se elimina el término *funcional* de la denominación. Los criterios diagnósticos se mantienen en términos generales respecto a Roma IV (**Tabla 7**), por lo que el principal cambio se concentra en su denominación y conceptualización[8].

Tabla 7. Criterios diagnósticos para trastornos intestinales no clasificables

Debe incluir lo siguiente[a]:
- Síntomas intestinales molestos que no son atribuibles a alteraciones estructurales y que no cumplen por completo los criterios para SII, estreñimiento crónico (EC), diarrea funcional (DrF) o distensión abdominal funcional (DAF).

[a]Los criterios deben haberse cumplido durante los últimos tres meses, con inicio de los síntomas al menos seis meses antes del diagnóstico.
Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

Un aspecto relevante de esta categoría es su inestabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo. En una cohorte de pacientes con trastornos intestinales según Roma IV, el 13,1% fue clasificado como trastorno intestinal no especificado; sin embargo, después de un año, solo el 40% de ellos permaneció en esta categoría, mientras que el resto pasó a cumplir

criterios para otros trastornos, principalmente SII[13]. Estos hallazgos apoyan la existencia de una importante sobreposición y evolución de los síntomas entre las distintas entidades intestinales.

C6. Estreñimiento inducido por opioides

El EIO se caracteriza por la aparición o el empeoramiento del estreñimiento posterior al inicio, cambio o incremento de la dosis de un tratamiento con opioides. En Roma V, esta entidad se mantiene como una categoría independiente dentro de los trastornos intestinales, introducida previamente en Roma IV, debido a su etiología farmacológica específica que refleja alteraciones del eje intestino-cerebro, al hecho de que era un trastorno huérfano, y ante la posibilidad de que se presente de manera concomitante con otros TIIC intestinales.

En cuanto a los criterios diagnósticos, Roma V no introduce modificaciones sustanciales respecto a Roma IV, por lo que se mantienen los elementos previamente establecidos para el diagnóstico del EIO (**Tabla 8**). Un aspecto relevante de esta entidad es que la relación temporal con la exposición a opioides constituye un elemento fundamental para establecer el diagnóstico. Aunque los síntomas pueden ser similares a los observados en el estreñimiento crónico, la identificación de esta relación permite reconocer el posible papel causal del tratamiento con opioides y orientar el abordaje terapéutico. Roma V también reconoce que el EIO puede coexistir con otros TIIC. Aunque los síntomas pueden ser similares a los observados en el EC, la identificación de esta relación permite reconocer el posible papel causal del tratamiento farmacológico y orientar el abordaje terapéutico.

Epidemiología de los TIIC intestinales: Roma IV y Roma V

Los trastornos intestinales constituyen el grupo de TIIC con mayor prevalencia en la población general. En el estudio *EEGRV*, que incluyó a 28.771 adultos de 15 países (solo Argentina y México en Latinoamérica), la prevalencia de al menos un trastorno intestinal fue de 34,7%[9], cifra similar a la observada en el *Estudio Epidemiológico Global de la Fundación de Roma* (EEGFR), realizado con criterios de Roma IV, donde fue de 33,4%. Cabe anotar que este estudio incluyó a Argentina, Brasil, Colombia y México[3]. Estos resultados sugieren que, a pesar de las modificaciones introducidas en Roma V, la carga epidemiológica global de los trastornos intestinales permanece relativamente estable.

Sin embargo, la estabilidad de la prevalencia global contrasta con cambios en la distribución de las distintas entidades. En Roma V, el trastorno intestinal no clasificable fue el más prevalente (9,6%), seguido del EC (8,9%) y del SII (8,5%); además, la DrF presentó una prevalencia de 5,1%, mientras que la DAF fue de 2,4% y el EIO de 0,2%[3,9].

Tabla 8. Criterios diagnósticos para estreñimiento inducido por opioides

Debe incluir ambos de los siguientes:

- Síntomas de estreñimiento nuevos o que empeoran al iniciar, cambiar o aumentar el tratamiento con opioides, que deben incluir dos o más de los siguientes:
  - Esfuerzo durante más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
  - Heces grumosas o duras (tipos 1-2 de la Escala de Forma de las Heces de Bristol) en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
  - Sensación de evacuación incompleta en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
  - Sensación de obstrucción/bloqueo anorrectal en más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones.
  - Maniobras manuales para facilitar más de una cuarta parte (25%) de las defecaciones (p. ej., evacuación digital o soporte del piso pélvico).
  - Menos de tres evacuaciones intestinales espontáneas (EIE) por semana.

- Las heces blandas rara vez están presentes sin el uso de laxantes.

Adaptada de: Lembo A, et al. En: Drossman DA, et al (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032[11].

La comparación de Roma IV con Roma V permite identificar cambios particularmente relevantes en algunas entidades. El SII presentó el mayor incremento, pasando de 4,1% a 8,5%, mientras que el estreñimiento funcional en Roma IV disminuyó del 11,7% al 8,9% en EC. La DrF aumentó levemente a 5,1%, mientras que la DAF disminuyó de 3,5% a 2,4% y los trastornos intestinales no clasificables aumentaron de 8,8% a 9,6% (**Tabla 9**)[3,9].

El incremento observado en la prevalencia del SII parece estar relacionado directamente con los cambios introducidos en sus criterios diagnósticos, particularmente la reincorporación del malestar abdominal (ahora dolor o malestar abdominal) y la reducción del umbral de frecuencia del dolor de al menos un día a la semana a dolor o malestar tres días al mes. Esto definitivamente hace a los criterios de Roma V para SII más flexibles y más ajustados a la realidad clínica. De forma paralela, la disminución de la prevalencia del EC podría reflejar, al menos parcialmente, un desplazamiento de pacientes con síntomas de estreñimiento hacia la categoría de SII, al cumplir ahora los criterios de esta entidad. En conjunto, estos datos muestran que Roma V no modifica de manera sustancial la prevalencia global de los trastornos intestinales, pero sí modifica la distribución de los diagnósticos que los conforman. Este fenómeno es particularmente evidente en el SII y el EC, y debe considerarse al comparar estudios epidemiológicos realizados con diferentes versiones de los criterios de Roma.

Tabla 9. Prevalencia de TIIC intestinales según Roma IV y Roma V

Trastorno intestinal	Porcentaje de prevalencia en Roma IV (IC 95%)	Porcentaje de prevalencia en Roma V (IC 95%)
Cualquier TIIC intestinal	33,4 (33,0-33,8)	34,7 (34,2-35,9)
SII	4,1 (3,9-4,2)	8,5 (8,2-8,8)
- SII-E	1,3 (1,2-1,4)	2,7 (2,5-2,9)
- SII-D	1,2 (1,1-1,3)	2,3 (2,1-2,5)
- SII-M	1,3 (1,2-1,4)	2,9 (2,7-3,1)
- SII-NC	0,3 (0,2-0,3)	0,6 (0,6-0,7)
Estreñimiento funcional/ crónico	11,7 (11,4-12,0)	8,9 (8,5-9,2)
Diarrea funcional	4,7 (4,5-4,9)	5,1 (4,8-5,3)
Distensión abdominal funcional	3,5 (3,3-3,6)	2,4 (2,3-2,6)
Trastornos intestinales no clasificados	8,8 (8,6-9,0)	9,6 (9,3-9,9)
Estreñimiento inducido por opioides	1,6 (1,5-1,7)	0,2 (0,2-0,3)

Adaptada de: Sperber AD, et al. Gut. 2026;75(10):1887-1897[9].

De hecho, los autores investigaron lo que sucede en una clínica especializada en Neurogastroenterología en México, y encontraron que el estreñimiento funcional fue el diagnóstico inicial más frecuentemente establecido entre los TIIC, con una prevalencia de 11,4%, mientras que el SII representó solo el 4,4% de los diagnósticos iniciales. Estos resultados son concordantes con el patrón observado en el estudio epidemiológico global realizado con Roma IV y V, en el que el estreñimiento funcional fue también el trastorno intestinal más prevalente[14].

Criterios clínicos

Los criterios de Roma se desarrollaron principalmente para estandarizar la caracterización de los TIIC en investigación; sin embargo, su aplicación en la práctica clínica requiere mayor flexibilidad. Por ello, la Fundación Roma propone criterios clínicos que mantienen las características cualitativas de los criterios diagnósticos de Roma V, pero permiten adaptar algunos de sus umbrales al contexto individual del paciente[15].

Esta aproximación considera cuatro aspectos: la naturaleza de los síntomas, que debe ser compatible con el trastorno correspondiente; la molestia, determinada por el impacto de los síntomas en las actividades diarias, la calidad de vida o la necesidad de buscar atención médica; la frecuencia, para la cual puede aceptarse un umbral menor al establecido por los criterios tradicionales; y la duración, sin requerir necesariamente los seis meses establecidos por estos, y se sugieren aproximadamente ocho semanas como referencia para permitir la evaluación y exclusión de otras causas.

De esta manera, los criterios clínicos buscan facilitar la aplicación de los criterios de Roma en la práctica clínica, manteniendo las características esenciales de cada TIIC, pero reconociendo que los umbrales establecidos para investigación no siempre reflejan la presentación individual de los pacientes. Los criterios clínicos son ahora oficiales en Roma V[2].

CONCLUSIONES

Roma V representa una actualización de los criterios de los TIIC orientado a mejorar su aplicación clínica y su concordancia con la evidencia disponible. En los trastornos intestinales, los cambios son heterogéneos: mientras algunas entidades presentan modificaciones relevantes en sus criterios diagnósticos, como en el SII, otras mantienen su estructura y presentan principalmente ajustes de nomenclatura o conceptuales, como es el caso del EC y la DAF. Por tanto, los cambios propuestos en esta actualización tienen la intención de identificar una mayor cantidad de pacientes, ya que anteriormente no cumplían los criterios diagnósticos a pesar de presentar síntomas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la elaboración y publicación de este manuscrito. El Dr. Max Schmulson es miembro del Comité Editorial de Roma V y miembro del Comité de Trastornos Intestinales de Roma V.

Uso de inteligencia artificial

Durante la preparación de este manuscrito los autores declaran no haber utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial.

Fuentes de financiación

La elaboración de este artículo fue financiada en parte con recursos de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que facilitó el acceso a literatura científica y recursos bibliográficos utilizados en la elaboración de este manuscrito.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Max Julio Schmulson-Wasserman.
- Adquisición de datos: Max Julio Schmulson-Wasserman, Sara Alejandra Zaragoza-Galicia y José Francisco Zárate-Villazón.
- Análisis e interpretación de datos: Max Julio Schmulson-Wasserman, Sara Alejandra Zaragoza-Galicia y José Francisco Zárate-Villazón.
- Redacción del manuscrito: Max Julio Schmulson-Wasserman, Sara Alejandra Zaragoza-Galicia y José Francisco Zárate-Villazón.
- Revisión crítica del manuscrito: Max Julio Schmulson-Wasserman, Sara Alejandra Zaragoza-Galicia y José Francisco Zárate-Villazón.

REFERENCIAS

1. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterology. 2016;150(6):1262-79.e2. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032
2. 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
3. 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
4. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393-1407.e5. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031
5. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. Gastroenterology. 2006;130(5):1480-91. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.061
6. Spiller R. Rome II: the Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: a Multinational Consensus. Gut. 2000;46(5):741b-741. https://doi.org/10.1136/gut.46.5.741b
7. Gwee KA, Gonlachanvit S, Ghoshal UC, Chua ASB, Miwa H, Wu J, et al. Second Asian consensus on irritable bowel syndrome. J Neurogastroenterol Motil. 2019;25(3):343-62. https://doi.org/10.5056/jnm19041
8. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, Cash BD, Simren M, Schmulson MJ, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1261-82. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.003
9. Sperber AD, Hreinsson JP, Simren M, Drossman DA, Andresen V, Bor S, et al. Rome V global epidemiology and validation survey: prevalence of disorders of gut-brain interaction and comparison with the Rome IV global epidemiology study. Gut. 2026;75(10):1887-97. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2026-339666
10. 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):812-20. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(26)00118-4
11. Lembo A, Corsetti M, Cash BD, Hou X, Lacy BE, Schmulson MJ, et al. Bowel disorders. En: Drossman DA, Tack J, Chang L, Chey WD, Nurko S, Schmulson MJ, et al. (editores). Rome V: Disorders of Gut-Brain Interaction. 5.ª edición. Raleigh, NC: Versa Press; 2026. p. 917-1032.
12. 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
13. Ballou S, Rangan V, Eidelberg A, Proctor S, McHenry N, Nee J, et al. What Is Unspecified Functional Bowel Disorder? A Commonly Seen, Rarely Recognized, and Poorly Understood Diagnosis. Am J Gastroenterol. 2023;118(8):1402-9. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002281
14. Zaragoza-Galicia SA, Hernández-Hernández A, Guzmán-Morales AS, Schmulson MJ. Real-world consultation patterns and initial diagnoses at a gastroenterology clinic. Rev Gastroenterol Mex. 2026. Article in Press. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2026.03.010
15. 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