

Especialização em  
**SAÚDE DA  
FAMÍLIA**



**Caso complexo**  
Natasha

**Fundamentação teórica**  
Dispepsia



## DISPEPSIA

Vinícius Fontanesi Blum

Os sintomas relacionados ao trato digestivo representam uma das queixas mais comuns na prática clínica diária. Na Inglaterra, correspondem a cerca de 8% das consultas médicas em Atenção Primária e a 11% da demanda espontânea de novas consultas.

Dados da década de 1980 mostram que, a cada ano, 70 de cada mil consultas são por causa de dispepsia, representando 71% das consultas em gastroenterologia.

A dispepsia é definida como um distúrbio da digestão caracterizado por um conjunto de sintomas relacionados ao trato gastrointestinal superior, como dor, queimação ou desconforto na região superior do abdômen, que podem estar associados a saciedade precoce, empachamento pós-prandial, náuseas, vômitos, timpanismo, sensação de distensão abdominal, cujo aparecimento ou piora pode ou não estar relacionado à alimentação ou ao estresse.

O aparecimento da dispepsia ou sintomas dispépticos pode estar associado a vários distúrbios do trato gastrointestinal superior, como doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastrointestinal, gastrites, neoplasias do trato gastrointestinal superior, doença do trato biliar e dispepsia funcional.

Dispepsia funcional ou dispepsia não ulcerosa ou síndrome dispéptica é uma desordem heterogênea caracterizada por períodos de abrandamentos e exacerbações, e seu diagnóstico é em geral empregado quando, em uma avaliação completa em um paciente que apresenta dispepsia, não se consegue identificar a causa para os seus sintomas. O mecanismo fisiopatológico ainda é desconhecido e o tratamento ainda não totalmente estabelecido.

Em estudo realizado em Minnesota com 1.021 indivíduos, durante o ano de 1992, registrou-se prevalência de 26% de dispepsia frequente. Outros estudos realizados em países desenvolvidos apresentaram resultados semelhantes. Em 1994, na Dinamarca, detectou-se uma incidência anual de cerca de 25% de dispepsia e de 5% de dispepsia frequente. A prevalência de dispepsia no Reino Unido, em 1994, atingia a taxa de 40% em indivíduos acima de 16 anos.

Prevalências baixas como 7,9% em Singapura, em 1990, também têm sido relatadas. Não há dados relativos à prevalência da patologia no Brasil. Estudos de base populacional sobre o tema são raros e, em geral, com problemas metodológicos. Soma-se a isso o fato de que os critérios diagnósticos de dispepsia não são uniformes, embora a maioria dos autores utilize aproximações dos critérios descritos durante o primeiro congresso mundial sobre doenças funcionais do aparelho digestivo, conhecidos como Critérios de Roma.

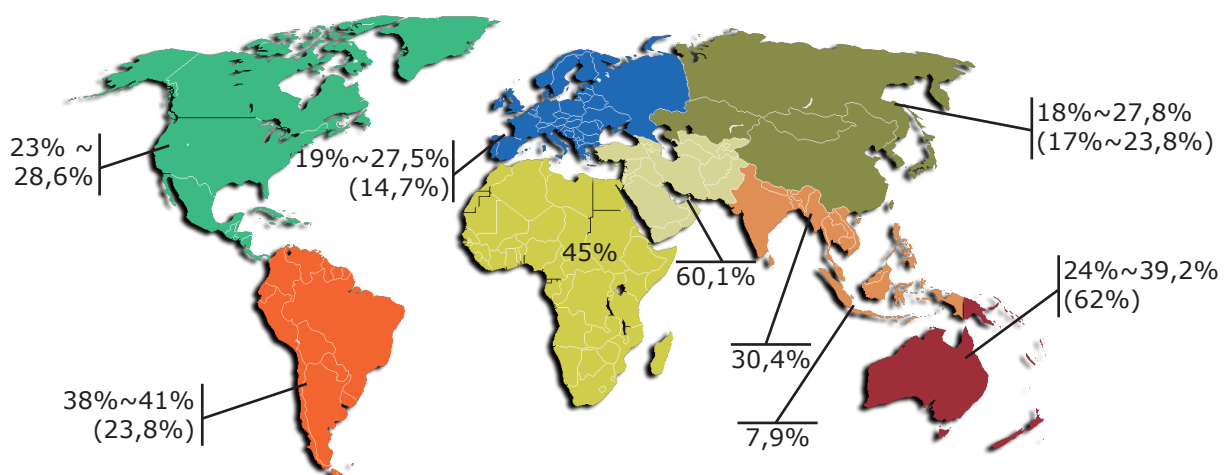


Figura 1 – Prevalências globais de dispepsia não investigada e de dispepsia funcional

Um estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas identificou prevalência de 44% na população adulta maior de 20 anos. A dispepsia é uma queixa clínica frequente em serviços de Atenção Primária à Saúde. No diagnóstico de demanda de 1999 de um Serviço de Saúde Comunitária, os motivos de consulta classificados dentro do grupo do sistema digestivo, incluindo dispepsia, corresponderam a 13% do total, representando o terceiro grupo mais frequente.

A prevalência de *Helicobacter pylori* em grandes centros urbanos brasileiros fica entre 62% e 81%. Entretanto, o papel etiológico da infecção por *Helicobacter pylori* na dispepsia ainda não está esclarecido.

Dispepsia funcional é uma desordem gastrointestinal muito comum observada na população geral, nos ambulatórios de clínica médica geral e nos ambulatórios de especialidade; é causa muito comum de vários tratamentos, de diversos exames laboratoriais e inclusive de internação hospitalar. A dispepsia funcional também está associada ao uso de vários medicamentos, automedicação, absenteísmo e perda de produtividade.

Apesar de os mecanismos fisiopatológicos não estarem totalmente esclarecidos, diferenças relacionadas ao gênero foram observadas em vários estudos. Algumas investigações mostraram que há uma diferença na esfera psicossocial das mulheres com dispepsia, tanto relacionadas à sensação de bem-estar como com associação à história de abuso na infância ou adolescência, quando comparadas com homens com sintomas de dispepsia funcional. Diferenças relacionadas ao gênero também foram observadas em alguns estudos tanto de prevalência dos sintomas quanto em função motora proximal e esvaziamento gástrico anormal na dispepsia funcional.

Embora várias definições sejam usadas para descrever dispepsia funcional, a mais comum, de acordo com os consensos Roma II e Roma III (Tabela 1), é aquela de dor, queimação ou desconforto crônico ou recorrente com sensação subjetiva desagradável, que pode estar associada a saciedade precoce, empachamento pós-prandial, náuseas, vômitos, timpanismo, distensão abdominal, localizados no abdômen superior, com a ausência de provável doença orgânica que justifique os sintomas e ausência de evidências de que os sintomas melhorem ou estejam associados a alterações no ritmo ou nas características das evacuações intestinais. Além disso, os sintomas apresentam duração mínima de 3 meses (12 semanas), sendo contínuos ou intermitentes, com no mínimo 6 a 12 meses anteriores de história de acordo com os consensos Roma II e III.

**Tabela 1**

Roma II	Roma III
<p>Apresentação dos sintomas por pelo menos 12 horas, contínuos ou intermitentes, nos 12 meses anteriores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomas recorrentes ou persistentes (dor ou desconforto que ocorre no abdômen superior);</li> <li>2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo a endoscopia digestiva alta) que justifica os sintomas; e</li> <li>3. Nenhuma evidência de que os sintomas melhoram ou estão associados a alterações frequentes ou do padrão do hábito intestinal.</li> </ol>	<p>Apresentação dos sintomas por pelo menos três meses, contínuos ou intermitentes, com um mínimo de seis meses de duração:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Um ou mais dos seguintes sintomas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Empachamento pós-prandial;</li> <li>b. Saciedade precoce;</li> <li>c. Dor epigástrica;</li> <li>d. Queimação gástrica; e</li> </ol> </li> <li>2. Nenhuma evidência de doença orgânica (incluindo a endoscopia digestiva alta) que justifica os sintomas.</li> </ol>

De acordo com o consenso Roma III, os principais sintomas observados na dispepsia funcional são: empachamento pós-prandial, saciedade precoce, dor epigástrica e queimação epigástrica e, em uma investigação em 438 pacientes com diagnóstico de dispepsia funcional, o sintoma de empachamento pós-prandial foi observado em 87,6%, saciedade precoce em 59,9%, dor epigástrica em 62% e queimação epigástrica em 50,1%.

Devemos ressaltar que a dispepsia funcional é definida pelos sintomas citados, após a exclusão de lesão estrutural à endoscopia digestiva alta ou à radiografia contrastada.

Muitos mecanismos fisiopatológicos vêm sendo atribuídos aos quadros de dispepsia funcional como distúrbios na acomodação gástrica ou relaxamento receptivo, hipersensibilidade à distensão gástrica, sensibilidade duodenal alterada a lipídios ou ácidos, motilidade duodenojejunal anormal, suscetibilidade familiar, alterações da função neuro-hormonal, disfunção autonômica, hipersensibilidade visceral a ácido ou distensão mecânica, infecção por *Helicobacter pylori*, infecções do trato gastrointestinal, comorbidade psicossocial e estresse.

O papel da infecção do trato gastrointestinal por *H. pylori* na fisiopatologia dos sintomas na dispepsia funcional ainda não está bem esclarecido. Apesar de controverso, alguns autores têm recomendado prescrever medicamentos para a erradicação do *H. pylori* em pacientes com dispepsia mesmo na ausência de sintomas de alarme.

Diante do paciente com queixa clínica de dispepsia (antes de sabermos se se trata de um caso funcional ou não), é importante a identificação de sinais de alarme indicativos de doença orgânica grave, como úlcera péptica e câncer gástrico.

- Os principais sinais/sintomas de alarme são:
- Sangramento gastrointestinal agudo/crônico (melena/ hematêmese);
- Perda de peso involuntária progressiva;
- Disfagia progressiva;
- Vômitos persistentes;

- Anemia por deficiência de ferro;
- Massa epigástrica;
- Doença péptica ulcerosa prévia;
- História familiar de câncer gástrico.

Da mesma forma, é importante identificar o uso de medicamentos que possam ser responsáveis pelos sintomas dispépticos. Os principais medicamentos relacionados são anti-inflamatórios não hormonais, antagonista do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos e corticoesteroides.

### **Dispepsia – Abordagem na Atenção Primária**

A endoscopia digestiva alta, por ser o método de escolha para o diagnóstico definitivo das lesões orgânicas, está indicada na abordagem inicial de pacientes com dispepsia na presença de um ou mais dos sintomas de alarme citados anteriormente. Dentre esses sintomas, a presença de disfagia ou perda de peso significativa são os mais importantes para a suspeita de presença de câncer gástrico, devendo-se obter o exame com urgência.

Entretanto, apenas 10% dos pacientes com dispepsia em Atenção Primária terão presença de um ou mais sinais de alarme. A endoscopia também está indicada em pacientes com dispepsia de início recente e idade  $\geq 55$  anos, em decorrência do risco aumentado de câncer gástrico.

Em pacientes com mais de 55 anos, a abordagem inicial da dispepsia ainda é controversa quanto às três principais abordagens testadas: supressão ácida com inibidores da bomba de próton, teste respiratório para presença de infecção por *Helicobacter pylori* e posterior tratamento dos casos positivos (testar-e-tratar) ou endoscopia digestiva alta com posterior tratamento das afecções diagnosticadas no procedimento.

São indispensáveis o aconselhamento do paciente e a identificação e suspensão, quando possível, de medicamentos de uso habitual que possam ser responsáveis pelos sintomas dispépticos (anti-inflamatórios, antagonista do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos, corticoesteroides). O aconselhamento inclui alimentação saudável, redução de peso e suspensão de tabagismo para todos os pacientes. Orientar o paciente para evitar outros hábitos (uso de álcool, café, chocolate ou outros) que ele mesmo atribui como fatores precipitantes da dispepsia pode promover resultados positivos.

Além disso, é também importante informar e esclarecer o paciente quanto à grande probabilidade da origem benigna dos sintomas dispépticos na ausência de sinais de alarme e/ou de idade inferior a 55 anos.

Além disso, conforme revisão sistemática bastante consistente, comparando as três abordagens principais, supressão ácida, endoscopia ou “testar-e-tratar”, a realização de endoscopia no manejo inicial de dispepsia não investigada não tem efetividade clínica superior à supressão ácida, mas é ligeiramente mais efetiva que “testar-e-tratar” para o *Helicobacter pylori*. A diretriz que apoia essa recomendação relata que os sintomas de dispepsia, isoladamente ou agrupados, têm baixo poder preditivo para auxiliar na triagem de pacientes que se beneficiariam de endoscopia, a fim de detectar a presença de úlcera péptica. Dessa forma, os estudos são concordantes quanto ao menor custo-efetividade da endoscopia quando comparada à supressão ácida, estratégia que reduz a necessidade de endoscopia.

Ressaltamos ainda que os estudos acerca de efetividade do método “testar-e-tratar” não foram realizados no contexto da Atenção Primária, o que traz alguma incerteza quanto à efetividade superior da opção “testar-e-tratar” sobre a supressão ácida. Além disso, os testes para detecção da infecção pelo *Helicobacter pylori* (teste respiratório com ureia marcada) são pouco disponíveis em nosso meio.

Atualmente, a melhor abordagem inicial em termos de efetividade de pacientes com dispepsia é realizar supressão ácida com o uso de inibidores da bomba de prótons (primeira opção) ou antagonistas H2. Ainda faltam estudos consistentes para se afirmar que o uso de drogas pró-cinéticas seria de fato benéfico em pacientes com dispepsia não investigada.

Se após 4-6 semanas de uso de inibidores da bomba de prótons não houver melhora dos sintomas dispépticos, é recomendada a estratégia “testar-e-tratar” para *Helicobacter pylori*. Essa decisão é embasada por diversos estudos que demonstraram maior efetividade da abordagem “testar-e-tratar” sobre a endoscopia.

Assim, devido à evidência de superioridade da opção “testar-e-tratar” sobre a endoscopia, esta deveria ser a estratégia de escolha. Entretanto, as duas melhores formas de detecção do *Helicobacter pylori* estão pouco disponíveis em nosso meio (teste respiratório com ureia marcada e sorologia). Assim, a alternativa seria tratar a infecção no manejo de pacientes dispépticos não investigados, mesmo sem realização dos testes, embora um em cada cinco pacientes tratados sofrerá a exposição desnecessária a antibióticos.

Se após o tratamento com esquema medicamentoso adequado para *Helicobacter pylori* houver recorrência dos sintomas dentro de um prazo de 12 meses de seguimento, estará indicada a realização de endoscopia digestiva alta para descartar possível causa estrutural para os sintomas referidos pelos pacientes.

Apesar de os mecanismos fisiopatológicos e a causa não estarem totalmente estabelecidos, parece haver algumas características específicas relacionadas ao gênero na dispepsia funcional.

Embora vários estudos amplos e bem controlados tenham sido realizados, nenhuma terapêutica isoladamente ou em conjunto parece ser totalmente eficaz no controle da dispepsia funcional. Vários medicamentos com o objetivo de aliviar os sintomas, como supressão da secreção ácida, drogas pró-cinéticas, erradicação de *H. pylori* e o uso de antidepressivos, associados ou não, têm sido empregados.

Além disso, não há estudos epidemiológicos detalhados sobre a incidência, a prevalência, a forma de apresentação e os sintomas causados pela dispepsia funcional na infecção por *H. pylori*, bem como alterações nos sintomas após a erradicação da bactéria no nosso meio, de forma que estudos detalhados para determinar as alterações nos sintomas e na qualidade de vida dos pacientes que foram submetidos ao tratamento para erradicação de *H. pylori* precisam ser feitos.

Resumidamente, a abordagem inicial de pacientes com dispepsia recomendada é:

- Encaminhá-los para endoscopia digestiva alta na presença de sinais de alarme (sangramento gastrointestinal agudo/crônico, perda de peso involuntária, disfagia, vômitos persistentes, anemia por deficiência de ferro, massa epigástrica, doença péptica ulcerosa prévia, história familiar de câncer gástrico ou idade maior que 55 anos);
- Aconselhá-los a seguir uma alimentação saudável, reduzir o peso e suspender o fumo;
- Identificar e suspender, se possível, medicamentos de uso habitual que possam provocar sintomas dispépticos (anti-inflamatórios, antagonista do cálcio, nitratos, teofilina, bifosfonatos, corticoesteroides);
- Tratar por 4-6 semanas com inibidor da bomba de prótons;
- Tratar empiricamente a infecção por *Helicobacter pylori* se não houver melhora após 4-6 semanas de uso de inibidores da bomba de prótons, ou houver recorrência dos sintomas em 12 meses;
- Encaminhar paciente para endoscopia digestiva alta se não houver melhora, ou recorrência dos sintomas em 12 meses, após tratamento para infecção por *Helicobacter pylori*.

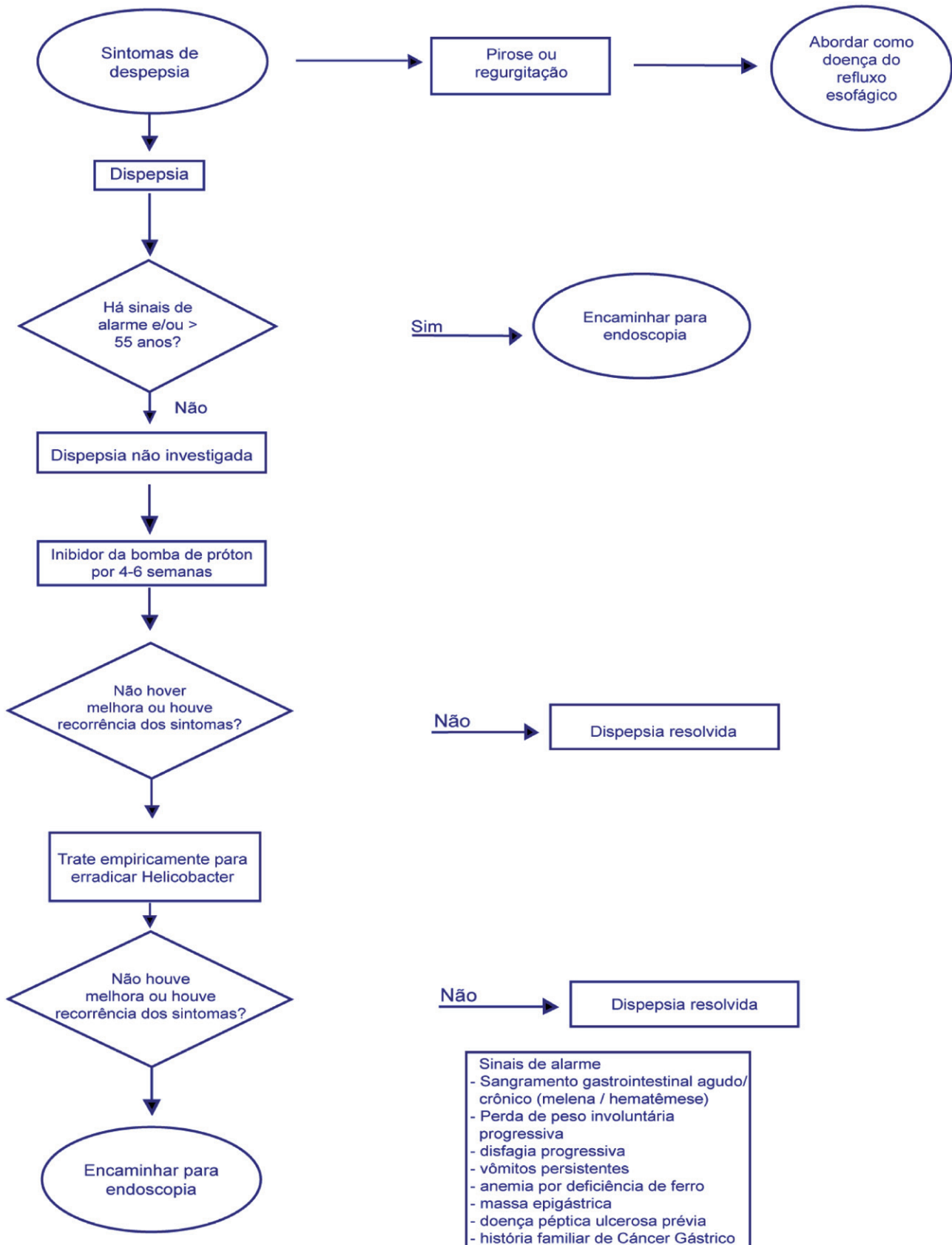


Figura 2 – Algoritmo de abordagem da dispepsia