

SÍNDROME DA DOR ABDOMINAL FUNCIONAL: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E MANEJO ATUAL

Charlise B. Cicognani
Maria Helena Itaquí Lopes
Carlos Fernando de Magalhães Francesconi

UNITERMOS

DOR ABDOMINAL; DOR ABDOMINAL / diagnóstico; DOR ABDOMINAL/terapia.

KEYWORDS

ABDOMINAL PAIN; ABDOMINAL PAIN/ diagnosis; ABDOMINAL PAIN /therapy.

SUMÁRIO

Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre dor abdominal funcional, com o propósito de abordar, de maneira prática e objetiva, o diagnóstico e tratamento desta síndrome.

ABSTRACT

A bibliographic review concerning functional abdominal pain is presented. Its purpose is to present a clinical, diagnosis and treatment approach of this syndrome in a practical and objective manner.

INTRODUÇÃO

A síndrome da dor abdominal funcional integra a classificação dos distúrbios gastrointestinais funcionais e não é explicada por alteração bioquímica ou estrutural. A Síndrome da Dor Abdominal Funcional (SDAF), também conhecida como “dor abdominal idiopática crônica” ou “dor abdominal crônica funcional” é descrita como uma dor contínua ou quase contínua, recorrente, localizada no abdômen, mas não relacionada ao funcionamento intestinal; presente por pelo menos seis meses, constante (ou quase constante), podendo estar associada a distúrbios somatoformes. Essa síndrome deve-se a alterações no sistema de modulação da dor endógena, incluindo disfunções dos circuitos corticais de modulação da dor.¹ A dor abdominal funcional é considerada menos comum do que outros distúrbios gastrointestinais funcionais tais como pirose funcional ou dispepsia funcional. Sua prevalência é baixa, entre 0,5% e 2,0%. Ocorre mais em mulheres do que em homens (5:1),

tem pico entre a terceira e quarta década (entre 35 – 44 anos) e diminui em idade avançada.² No entanto o impacto da doença é significativo, pois esses pacientes visitam 4 vezes mais médicos do que pacientes sem dor,² gerando demandas de exames desnecessários, absenteísmo e sofrimento para o paciente,² razão do seu estudo e compreensão adequados.

A OCORRÊNCIA DA DOR NA SÍNDROME DA DOR ABDOMINAL FUNCIONAL

A dor pode ser classificada em 3 categorias:

1. nociceptiva (em resposta a uma lesão).
2. inflamatória (em resposta à inflamação de tecidos).
3. neuropática (gerada por alterações no sistema nervoso central ou periférico; não necessariamente na presença de lesão permanente do tecido ou inflamação).³

Não existem estudos definitivos em pacientes com SDAF. Os sintomas característicos e conceitos neurofisiológicos obtidos a partir de estudos pré-clínicos e clínicos realizados em pacientes com dor crônica indicam que a SDAF seja provavelmente uma dor neuropática.⁴

O fato dos sintomas da SDAF serem relatados como constante e independente de eventos periféricos como ingestão de alimentos ou evacuação, e terem uma boa resposta a medicamentos antidepressivos tricíclicos em baixa dose, sugere a dor neuropática como o processo fisiopatológico mais provável.

Há relato de observações clínicas de que há comorbidade significativa da SDAF com distúrbios psiquiátricos (ansiedade, depressão e somatização). Desse modo, assim como esses distúrbios, a SDAF pode estar relacionada com a atividade inadequada dos sistemas de modulação serotoninérgica descendente da dor.⁵

COMO DIAGNOSTICAR A SÍNDROME DA DOR ABDOMINAL FUNCIONAL

Segundo o consenso de Roma III, o diagnóstico clínico da SDAF deve incluir todos os cinco critérios, explicitados a seguir:

1. Dor abdominal contínua ou quase contínua.
2. Ausência ou relacionamento ocasional de dor com eventos fisiológicos (por exemplo, alimentação, defecação ou menstruação).
3. Alguma perda de funcionamento diário.
4. A dor não é dissimulada (por exemplo, fingir-se de doente).
5. Sintomas insuficientes para atingir o critério para outro distúrbio gastrointestinal funcional que explicaria a dor.

Do ponto de vista temporal todos esse critérios devem estar presentes nos últimos 3 meses, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

É importante lembrar que vários distúrbios podem produzir dor abdominal crônica e cabe ao médico estar atento aos diagnósticos diferenciais. A avaliação clínica inclui a caracterização semiológica da dor, o tempo de acometimento do sintoma, uma dor nauseante ou como uma “facada” e raramente relacionada com o ato de comer ou evacuar (indicando pouca ou nenhuma relação com distúrbios na atividade intestinal), localização imprecisa abrangendo uma grande área anatômica. Além disso, cabe uma consistente investigação do perfil psicossocial e exame físico criterioso. Os denominados sinais de alarme - emagrecimento, aparecimento do sintoma em idade acima de 50 anos, presença de sangramentos, anemia, sintomas noturnos, febre - devem ser explorados e excluídos.⁶ Sempre na avaliação deve-se levar em consideração o impacto da dor nas atividades e na qualidade de vida, verificar se existe um diagnóstico psiquiátrico associado (frequentemente depressão ou ansiedade), interação familiar e cultural, deficiências e recursos psicossociais do paciente, e a relação dos sintomas com o comportamento (atividades que o distraem, diminuem a dor e situações estressoras podem aumentá-la).⁶

O exame físico não estabelece o diagnóstico de SDAF, mas pode diagnosticar outras possíveis etiologias em pacientes com dor crônica. O paciente deve ser examinado de forma integral e o exame do abdômen deve seguir todos os passos, inspeção, ausculta, percussão e palpação. Algumas manobras auxiliam no diagnóstico, devendo ser exploradas (como por exemplo, durante a inspeção o paciente deve ser solicitado para apontar o local de maior dor com a mão; a incapacidade de fazê-lo favorece evidência contra uma causa somatoparietal, sugerindo um diagnóstico funcional). A contratura involuntária do abdômen durante o exame físico é indicativo de doença estrutural. Além disso, sempre lembrar que muitas doenças sistêmicas que se originam ou envolvem órgãos gastrointestinais podem produzir dor abdominal crônica.⁷

Exames complementares poderão ser necessários para que se realize diagnóstico diferencial e são mandatórios quando houver sinais de alarme.

MANEJO CLÍNICO

As recomendações de tratamento para pacientes com SDAF são empíricas, e não com base em ensaios clínicos bem desenhados.⁸

O tratamento pode envolver terapia combinada farmacológica e/ou psicológica.

Segue a seguinte abordagem:

Terapêutica geral

Para melhor satisfação do paciente, adesão ao tratamento e melhor resultado clínico, é fundamental estabelecer uma eficaz relação médico-paciente.

O médico tem que explicar ao paciente o prognóstico em questão, o qual consiste na redução dos sintomas e reabilitação, ao invés da cura. Reforçar a necessidade de cuidados continuados, por meio de consultas médicas regulares, configuradas a cada 1 a 2 meses, e posteriormente reduzindo a frequência a cada 3 a 6 meses depois de uma relação de confiança estabelecida.

O paciente deve assumir uma responsabilidade compartilhada, pedindo ao paciente fazer um diário dos sintomas, auxiliando na estratégia de tratamento comportamental.

Os pacientes que possuem episódios intermitentes de dor com gravidade moderada e com exacerbações dos sintomas no sofrimento psicológico podem beneficiar-se no tratamento psicológico. Este tratamento contribui para controlar a dor e reduzir o sofrimento psíquico sobrecarregado com os sintomas, devendo a assistência médica prosseguir simultaneamente.

Terapia Farmacológica

Os antidepressivos tricíclicos: são usados no tratamento da dor crônica e distúrbios gastrointestinais funcionais, e alguns estudos sugerem que são mais eficazes que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, nesses casos.⁸ Os pacientes podem ter baixa adesão ao tratamento devido aos seus efeitos colaterais e também por sentirem-se estigmatizados por tomarem um medicamento “psiquiátrico”. O paciente deve ser informado que esses medicamentos podem reduzir a percepção da dor devido a alterações nos neurotransmissores, que as doses utilizadas normalmente são menores do que as usadas para os transtornos psiquiátricos, que o início do efeito pode ser retardado por várias semanas e que os efeitos secundários podem diminuir com o tempo.

A combinação de fármacos pode ser útil em alguns casos. Pode-se usar uma dose baixa de antidepressivo tricíclico com um inibidor da recaptação da serotonina, ou um ansiolítico (buspirona) com um antidepressivo, ou um tricíclico associado com tratamento psicológico.⁹

Os benzodiazepínicos não são recomendados para uso crônico por causarem dependência e terem potencial de abuso. Também podem diminuir o limiar da dor e agravar os sintomas.

Os analgésicos: em sua grande maioria oferecem poucas vantagens (aspirina, anti-inflamatórios não esteroides), pois seu mecanismo de ação é principalmente de localização periférica. Os analgésicos narcóticos devem ser evitados, pois podem causar dependência, prejudicar a motilidade intestinal e

umentar a sensibilidade à dor (síndrome do intestino narcótico). Também podem causar novos sintomas como constipação, náuseas e vômitos.

Os anticonvulsivantes: podem ser usados como alternativa para os antidepressivos tricíclicos e têm menos efeitos colaterais. Os mais estudados são a Gabapentina e a Carbamazepina. A eficácia no tratamento da dor crônica ainda permanece limitada, apesar do uso bastante difundido.¹⁰ Esses agentes são considerados relativamente seguros. Podem interromper o ciclo entre dor e depressão, e podem ser benéficos como agentes adjuvantes em pacientes refratários ao tratamento.

Terapia psicológica

Estudos sugerem que o tratamento psicológico é benéfico no manejo da SDAF. O tratamento combinado (terapia farmacológica e psicológica) tem resultados superiores ao tratamento isolado para SDAF.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome da dor abdominal funcional faz parte dos distúrbios gastrointestinais funcionais e tem pouca incidência na população geral, porém quando presente tem grande impacto na qualidade de vida do paciente, bem como diagnóstico e manejos difíceis para o médico pouco experiente. Trata-se de uma dor crônica ainda com etiologia e fisiopatologia pouco conhecidas. O tratamento visa redução do sofrimento do paciente. A avaliação de abordagens tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento são fundamentais para redução da morbidade dos pacientes que possuem SDAF.

REFERÊNCIAS

1. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, and Whitehead WE, editors. Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A multinational Consensus. Mclean (VA): Degnon Associates; 2000. p. 351-432.
2. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci 1993; 38;1569-80.
3. Scholz J, Woolf CJ. Can we conquer pain? Nat Neurosci 2002;5 Suppl: 1062-7.
4. Devor M. Neuropathic pain: what do we do with all these theories? Acta Anaesthesiol Scand 2001;45:1121-7.
5. Mason P. Contributions of the medullary raphe and ventromedial reticular region to pain modulation and other homeostatic functions. Annu Rev Neurosci 2001;24:737-77.
6. Drossman DA. Functional abdominal pain syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol 2004;2(5):353-65.
7. Thomson WH, Dawes RF, Carter SS. Abdominal wall tenderness; a useful sign in chronic abdominal pain. Br J Surg 1991;78:223-5.
8. Drossman DA. Psychosocial factors in the care of patients with GI disorders. In: Yamada T, Alpers DH, Kaplowitz N, Laine L, Owyang C, and Powell DW, eds. Text-book of Gastroenterology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p. 620-37.

9. Nair D, Prakash C, Lustman PJ, Clouse RE. Added value of tricyclic antidepressants for functional gastrointestinal symptoms in patients on selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Am J Gastroenterol* 2001; 96 (Supl.):S316.
10. Wiffen P, Collins S, McQuay H, et al. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD001133.
11. Drossman DA, Tonner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, Emmott S, Proffitt V. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003;125:19-31.