

DISPEPSIA FUNCIONAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Juliana Ferreira Machado
Felipe Lied Lunardi
Luiz Edmundo Mazzoleni

UNITERMOS

DISPEPSIA/diagnóstico; DISPEPSIA/fisiopatologia, DISPEPSIA/terapia.

KEYWORDS

DYSPEPSIA/diagnosis; DYSPEPSIA/physiopathology, DYSPEPSIA/therapy.

SUMÁRIO

Dispepsia Funcional é a causa mais frequente das dispepsias. Sua fisiopatologia permanece obscura e ainda não dispomos de um método diagnóstico específico. Além disso, há uma ampla lista de diagnósticos diferenciais de doenças as quais também cursam com dispepsia. O tratamento muitas vezes tem benefícios discretos, e deve ser individualizado sempre que possível, juntamente com uma boa abordagem psicossocial, a qual pode auxiliar na terapêutica e no manejo destes pacientes.

SUMMARY

Functional Dyspepsia is the most frequent cause of dyspepsia. Its pathophysiology remains unclear and there is not still a specific diagnostic method. Moreover, there is an extensive list of differential diagnosis of diseases which also presents with dyspepsia. The treatment often has discrete benefits and must be individually whenever possible, with good psychosocial, which can aid in the treatment and the management of these patients.

INTRODUÇÃO

Dispepsia é o termo referente a sintomas ou conjunto de sintomas que são considerados pela maioria dos médicos como sendo originados da região gastroduodenal. Queixa comum, com uma extensa lista de diagnósticos diferenciais, sendo o mais frequente a dispepsia não ulcerosa ou dispepsia funcional a qual acomete 25% da população em geral e, apesar disso, grande parte desse percentual não procura assistência médica.¹

Definição da Dispepsia Funcional

-Segundo o Consenso Roma III, um ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes ao menos uma vez por semana:

Plenitude pós prandial;
Dor epigástrica
Saciedade precoce
Queimação epigástrica.

Mais:

Ausência de patologia orgânica- inclusive Endoscopia Digestiva Alta- que justifique os sintomas.

-Tais sintomas devem estar presentes nos últimos três meses, tendo sido o início pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.^{1,3}

Fisiopatologia

Permanece não totalmente esclarecida. Os fatores mais estudados são:

Função motora gástrica

Regulada pelo sistema nervoso autonômico, por meio dos plexos submucoso e mioentérico. Anormalidades nesses processos podem desencadear um atraso no esvaziamento gástrico (gastroparesia). Além disso, na maioria dos acometidos, a comida fica retida na porção distal do estômago, provocando distensão acentuada de suas paredes. Sintomas associados são náuseas/vômitos, saciedade precoce, perda de peso e plenitude.¹

Sensibilidade visceral

Diminuição do limiar de percepção da dor devido à distensão gástrica. Também são mais sensíveis à percepção da entrada de ácido no bulbo duodenal. Distensão de mecanorreceptores (periférico) e processamento anormal de entrada na medula ou no cérebro (mecanismo central) pode ter um papel na fisiopatologia da hipersensibilidade visceral.^{1,3,4}

Infecção por *Helicobacter pylori*

A infecção por *Helicobacter pylori* é, sabidamente, uma causa de gastrite crônica. Entretanto, gastrite parece não ser causa dos sintomas de muitos pacientes com dispepsia funcional, segundo estudos atuais.¹ Os mecanismos potencialmente envolvidos no que tange a relação causal de ambas as

entidades são: por processo inflamatório desencadeado pela infecção, por atividade muscular do estômago, ou por diminuição da sensibilidade gástrica pela infecção, hipóteses as quais ainda sem estudos consistentes que comprovem tal associação.^{1,3} Apesar disso, muitos autores têm indicado a erradicação do *H. pylori* na dispepsia funcional na crença de que, embora os benefícios sejam discretos, seriam suficientes para justificar a erradicação, uma vez que tratamentos anti-*H. pylori* são de curta duração, com custos relativamente baixos e com potencial de reduzirem o risco de úlceras pépticas e câncer gástrico.³

Fatores Psicossociais

Os transtornos depressivos, de somatização e de ansiedade estão aumentados nessas populações, quando comparado a pessoas saudáveis. Há, também, estudos que demonstram correlação de traumas de infância (abuso) com sintomas de dispepsia funcional, comprovando ainda mais que esses pacientes devem ser vistos sob um aspecto global, em qualquer nível de assistência.^{1,2}

Diagnóstico

A anamnese é fundamental, uma vez que estreita os diagnósticos diferenciais e ajuda a focar avaliação e manejo. O exame físico é usualmente normal, exceto por uma sensibilidade em epigástrico. A anamnese e o exame físico devem avaliar a presença de “sintomas e sinais de alarme” que podem sugerir a presença de outros diagnósticos, que não a dispepsia funcional.² Não há testes diagnósticos específicos. Por esse motivo, este é baseado em diagnósticos diferenciais com outras doenças cujo quadro pode cursar com dispepsia.^{1,2} Dentre elas, as mais comuns são:

Doença Ulcerosa Péptica

Sintomas clássicos ocorrem 2 a 5 horas após refeições e na vigência de estômago vazio. São mais frequentes entre 23h e 2h da madrugada (estimulação circadiana de ácido máxima).^{2,4,5} A característica da dor geralmente é semelhante à sensação de fome, ou em queimação (quando a etiologia é o uso crônico de anti-inflamatórios não esteróides (AINE) a maioria dos pacientes é assintomático ou oligossintomático).² Há períodos sintomáticos, por algumas semanas, intercalados por períodos com ausência de sintomas por semanas a meses. Alívio com inibidores da bomba de prótons e alimentação.^{2,4,5} A dor pode irradiar-se para o dorso (quadro atípico) ou para quadrantes superiores do abdômen. O diagnóstico diferencial somente poderá ser feito com certeza pela Endoscopia Digestiva Alta com biópsia para detecção de infecção

por *H. pylori*,⁵ porque todos os sintomas de doença ulcerosa também podem ocorrer na dispepsia funcional.

Doença do Refluxo Gastroesofágico

Os sintomas mais comuns são queimação retroesternal e regurgitação. Podem ocorrer manifestações extraesofágicas (pigarro, rouquidão e tosse crônica). O alívio dos sintomas é feito com inibidores da bomba de prótons. O diagnóstico mais específico é dado por endoscopia digestiva alta quando existe esofagite péptica pelo refluxo, ou através da pHmetria de 24h.^{2,5}

Malignidade Gástrica

Malignidade gástrica é uma causa incomum de dispepsia crônica. Entretanto, sintomas dispépticos podem vir a influenciar o paciente a procurar assistência médica; isso é válido principalmente para pacientes com idade superior a 45-55 anos e que apresentem alguns dos sinais ditos de alarme: emagrecimento inexplicável, vômitos incoercíveis, disfagia progressiva, odinofagia, hematêmese e, massa palpável ou linfadenopatia, história familiar de câncer digestivo alto, icterícia ou cirurgia gástrica prévia. O diagnóstico é realizado basicamente por Endoscopia Digestiva Alta.^{2,5}

Dor Biliar

Caracterizada por episódio agudo de epigastralgia ou em quadrante superior direito, a qual dura, pelo menos, 1 hora, podendo irradiar-se para região escapular e é frequentemente associada com agitação, sudorese e vômitos. Episódios são tipicamente separados por semanas a meses. Colelitíase na maioria das vezes é a etiologia dos sintomas nesses pacientes. O diagnóstico é feito por Ultrassonografia Abdominal.^{2,5}

Dor Pancreática

Pancreatite crônica ou o próprio câncer de pâncreas podem causar sintomas confundíveis com dispepsia. Porém, além de outros sintomas como emagrecimento, icterícia, esses pacientes apresentam dor muito mais severa e muitas vezes irradiada para o dorso.⁵ Diagnóstico definitivo por Tomografia computadorizada de abdômen ou Ressonância Magnética.⁴

Síndrome do Intestino Irritável

Existe considerável sobreposição entre essa patologia e a dispepsia funcional. A queixa clássica é dor abdominal crônica ou recorrente associada à distensão e distúrbio evacuatório (constipação/diarréia). O alívio da dor é

obtido com a defecação. A ausência de tais sintomas praticamente exclui esse diagnóstico. Diferentemente da dispepsia, a dor é mais comum em abdômen inferior.^{2,4}

Dor de parede abdominal

Raramente confundida com dor visceral. A resposta ao tratamento com agentes anestésicos pode firmar o diagnóstico.²

Dispepsia induzida por drogas

A causa mais conhecida é a dispepsia induzida pelos AINEs. Outros: Bloqueadores do Canal de Cálcio, Metilxantinas,, alendronato, orlistate, suplementos de potássio, acarbose e os antimicrobianos eritromicina e metronidazol.^{2,5}

Outras Causas

Diabetes Mellitus pode cursar com plenitude pós prandial, náuseas, vômitos e gastroparesia. Epigastralgia pode ocorrer como consequência de radiculopatia da raiz do nervo torácico. Distúrbios metabólicos como hipotireoidismo, hipercalcemia podem também causar dor e indisposição localizada em epigástrio. Isquemia cardíaca cursa com sintomas semelhantes a epigastralgia, porém com a particularidade de ser associada aos esforços. Isquemia mesentérica crônica, principalmente em pacientes idosos e tabagistas, manifestada principalmente por dor epigástrica pós prandial, associada a medo de comer e perda de peso subsequente.⁵

Tratamento

Não há tratamento definitivo. São paliativos, indicados para uso a longo prazo, onerosos e com discretos benefícios no alívio sintomático.³ Portanto, o mais importante e que auxilia bastante na terapêutica é tranquilizar o paciente, salientando que seu quadro não é “imaginário”, ensinando-o a lidar com os sintomas mais do que eliminá-lo. Orientação dietética e de medicamentos que porventura exacerbem os sintomas (AINEs) devem ser enfatizados.¹

A seguir são apresentadas algumas classes de medicamentos mais estudadas para o tratamento da Dispepsia não Ulcerosa.

Inibidores da Bomba de Prótons

São medicações superiores ao placebo na resolução dos sintomas em vários estudos. Os problemas são as variáveis de confusão: pacientes com sintomas semelhantes à doença ulcerosa ou DRGE (mais responsivos) *versus*

pacientes com sintomas semelhantes à dismotilidade ou à dispepsia inespecífica (menos responsivos). Há também o risco de pacientes terem doença estrutural, por exemplo DRGE, associada.¹

Antagonista dos receptores de Histamina (H₂)

Estudos mais elaborados mostram resultados pobres em eficácia.¹

Agentes Procinéticos

Também superior ao placebo na maioria dos estudos.¹ Melhores resultados ocorrem em pacientes com sintomas tipo dismotilidade, uma vez que agem acelerando o esvaziamento gástrico.⁶ O mais usado é a domperidona, porém temos disponível ainda a Cisaprida e a Metoclopramida, não muito usada devido aos seus parefeitos. Buspirona (agente ansiolítico), Sumatriptano (usado no tratamento da enxaqueca) via subcutânea, também podem trazer benefícios uma vez que aumentam a acomodação gástrica, diminuindo a saciedade precoce.^{2,6}

Antidepressivos

Doses baixas de antidepressivos tricíclicos (12,5-25mg de amitriptilina/dia, por exemplo) ou trazodona (antidepressivo com propriedades semelhantes aos tricíclicos), apresentam benefício incerto na dispepsia em si, mas podem ser úteis na melhora de sintomas comumente associados (fibromialgia, insônia).^{1,2}

Drogas que diminuem ou modificam a sensibilidade visceral

Octreotide (análogo da somatostatina), via subcutânea e agonistas opióides (fedotozina). O último se mostrou melhor que o placebo em estudos iniciais, com excelente tolerância. Porém, ainda não está disponível para uso clínico.^{2,6}

Terapia Psicológica

Incluem Terapia Cognitivo Comportamental, psicoterapia e hipnose. Ocorrem benefícios em alguns pacientes. Sua eficácia segue incerta, uma vez que poucas pessoas têm acesso a essa abordagem terapêutica.¹

Medicina Alternativa

Incluem-se os produtos naturais (ervas), acupuntura e a homeopatia. Qualidade de evidência sustentada ainda é considerada baixa.¹

Considerações Finais

Como dito acima, a dispepsia funcional, além de ser a mais frequente das dispepsias, engloba vários mecanismos fisiopatológicos. Por essa razão, ainda não se tem dados na literatura do melhor tratamento. Abaixo, seguem algumas sugestões a serem analisadas para cada paciente, individualmente:¹

- Tranquilizar o paciente, reforçar a necessidade de orientação dietética e aconselhamento psicossocial;
- Pacientes com sintomas predominantemente semelhantes à doença ulcerosa. Tratamento empírico com Inibidores da bomba de prótons por 4-8 semanas;
- A erradicação do *H. pylori* beneficia uma minoria de pacientes; porém também é recomendado, levando em conta características individuais do paciente, como fatores psicossociais e resposta a outras terapias;
- Usar Antidepressivos Tricíclicos ou Trazodona, principalmente em pacientes cujo tratamento com Inibidores da Bomba de Prótons tenha falhado ou com queixas como insônia, ansiedade. Iniciar com a menor dose e orientar sobre possíveis efeitos;
- Procinéticos podem ajudar, principalmente em pacientes com queixas inerente à dismotilidade gástrica;
- Terapias naturais, embora já tenha evidência que defenda o seu uso, ainda requerem maior estudo.

REFERÊNCIAS

1. Longstreth GF. Functional dyspepsia. UpToDate. Online 20.8; 2012 maio [updated 2012 ago. 10]. [10 p.]. [acesso 2012 set 11].
2. Longstreth GF. Approach to the patient with dyspepsia. UpToDate. Online 20.8; 2012 abr. [updated 2012 ago 10]. [13 p.]. [acesso 2012 set 11].
3. Mazzoleni LE. Dispepsia funcional & helicobacter pylori: sempre erradicar a bactéria? In: Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, 10ª, 2011 nov. 19-24; Porto Alegre. Porto Alegre: [editor desconhecido]; 2011.
4. Goldman L, Ausiello D. Cecil medicine. 23rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 990-8.
5. McPhee SJ, Maxine AP. Current medical diagnosis & treatment. 49rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. 15:543-553, 634-7.
6. Tronco LEA. Novas drogas no tratamento de dispepsia funcional. Arq Gastroenterol. 2001;38:207-12.