

36. Dispepsia

Fernando Marcuz Silva

A dispepsia é uma síndrome muito freqüente e, por ser bastante diversificada tanto em sua conceituação como em suas manifestações clínicas, exige do profissional de saúde uma abordagem crítica de acordo com uma perspectiva de economia de recursos, para não causar prejuízos à qualidade do atendimento nem ônus excessivo ao paciente ou ao sistema de saúde.

Embora a endoscopia digestiva alta, exame padrão de investigação da dispepsia, esteja atualmente bem mais acessível no Brasil, seu custo e sua disponibilidade não permitem ainda sua indicação inicial no diagnóstico diferencial de todo quadro de dispepsia.

A necessidade de seguimento, presente na maioria dos casos de dispepsia, permite ao clínico uma abordagem inicial menos invasiva e mais adequada ao nosso meio. Mesmo quando a dispepsia não está associada à doença orgânica, sua benignidade não deve ser relegada, pois os custos com absenteísmo, medicamentos e exames subsidiários gerados por esses casos são significantes para a sociedade.

CONCEITO

Existem diversos conceitos para dispepsia na literatura médica, o que dificulta o estudo dessa síndrome. Recentemente, foi proposta uma uniformização que estabelece três diferentes definições:

Dispepsia (*sensu lato*) – qualquer sintoma relacionado ao trato digestivo alto (equivalente à má digestão). Pode ser: dor epigástrica, dor retroesternal, pirose, empachamento, saciedade precoce, eructação, náuseas e vômitos, entre outros.

Dispepsia orgânica – qualquer sintoma relacionado ao aparelho digestivo alto, secundário a doenças orgânicas específicas. Pode ser: doença de refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, gastropatia medicamentosa, pancreatite, colelitíase, neoplasia, entre muitas.

Dispepsia não-ulcerosa ou dispepsia funcional – situação em que os sintomas do aparelho digestivo alto, com duração de mais de quatro semanas e não relacionados

à atividade física, não se devem a doenças orgânicas localizadas ou sistêmicas.

A rigor, o diagnóstico de dispepsia funcional exigiria exames subsidiários, porque, mesmo quando bem caracterizada e aplicando-se anamnese padronizada para tal fim, apresenta uma margem de erro de 20 a 50% em seu diagnóstico. No entanto, valorizando-se as características mais típicas do processo péptico, excluindo-se as doenças não-digestivas e as digestivas não-pépticas de mais fácil caracterização, é possível para a maioria dos casos propor um seguimento em que uma prova terapêutica e a observação seqüencial cuidadosa permitirão um manuseio adequado da síndrome.

Interessante observar que as gastrites (não considerando aqui as gastropatias específicas) estão incluídas no conceito de dispepsia funcional, principalmente porque seu diagnóstico, a rigor, é histológico e a correlação de dispepsia com gastrite é difícil de ser estabelecida (a maioria das gastrites é assintomática). É possível que no futuro isso possa ser mudado em função da descoberta que a maioria das gastrites crônicas inespecíficas se devam à infecção da mucosa gástrica pela bactéria *Helicobacter pylori*.

Para a dispepsia funcional, a caracterização de uma duração maior que quatro semanas e de não estar relacionada à prática de exercícios físicos é parte fundamental do conceito, principalmente por excluir muitos diagnósticos não-pépticos e não-digestivos de abordagem mais complexa.

EPIDEMIOLOGIA

Dispepsia é um diagnóstico muito freqüente em todo o mundo e, a despeito das diferentes populações estudadas, sua prevalência é relativamente uniforme, variando de 30 a 40% na comunidade. Somente cerca de 25% dos pacientes com dispepsia procuram os serviços médicos por causa dessa queixa. Dos dispépticos, 50 a 60% têm dispepsia funcional; 15 a 20%, úlcera péptica; 20 a 25%, doença de refluxo gastroesofágico; e 0,5 a 2%, neoplasia gástrica, quando submetidos à endoscopia digestiva alta (Tabelas 36.1 e 36.2).

Tabela 36.1 – Prevalência de dispepsia na comunidade e nos serviços primários e de referência.

Comunidade	30-40%
No serviço de saúde geral	8-10%
Em serviços de referência	25-30%

Tabela 36.2 – Diagnóstico de dispepsia em pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta.

Funcional	50-60%
Úlcera péptica	20-25%
Doença de refluxo	20-25%
Neoplasia	0,5-2%

De maneira geral, a abordagem da dispepsia deve levar em conta pelo menos três dados epidemiológicos principais:

Idade – as várias doenças associadas à dispepsia têm suas prevalências maiores em faixas etárias distintas, o que auxilia no diagnóstico diferencial, mudando o fluxo da investigação. As incidências de úlcera péptica e neoplasia elevam-se com o aumento da faixa etária, o que não se observa em casos de dispepsia funcional nem de doença do refluxo. Há prevalência discretamente maior de dispepsia funcional no sexo feminino em relação ao masculino, na faixa etária superior a 45 anos. Em pacientes com idade superior a 50 anos, aumenta a incidência de neoplasia gástrica, o que pode exigir uma investigação diagnóstica mais rápida, principalmente quando presentes *sinais de alarme* (ver Quadro clínico), porque a terapêutica precoce (mormente cirúrgica) da doença pode melhorar seu prognóstico. Nessa faixa etária, diversas doenças não-digestivas de caráter degenerativo (diabetes, insuficiência coronariana) podem constar do diagnóstico diferencial.

Fatores de risco – em geral, tem muito significado a identificação de populações de maior risco para determinada doença, tanto para uma investigação mais criteriosa, quanto para a economia de recursos. Na dispepsia, isso se torna mais verdade pela diversidade de doenças a que ela se associa. O alcoolismo é fator de risco para a pancreatite crônica e a cirrose. O tabagismo é fator de risco para neoplasia esofágica, gástrica e pancreática e também para doença de refluxo. A obesidade, para doença de refluxo e colecistopatia. A procedência (Japão, Chile) e a ingestão abusiva de sal e conservas também são fatores de risco para o câncer gástrico. O uso de medicamentos deve ser cuidadosamente investigado, pois é comum a ocorrência de úlcera péptica na vigência do uso de antiinflamatórios, que aumenta cada vez mais nas sociedades modernas com conhecida patogenicidade para a mucosa digestiva. Alguns autores recomendam a investigação inicial com endoscopia digestiva alta na dispepsia associada ao uso de antiinflamatórios, dada a potencial gravidade associada a esses agentes. Há alguns anos, a identificação da bactéria *Helicobacter pylori* tem possibilitado a seleção de pacientes com gastrite crônica e úlcera péptica.

Antecedentes mórbidos e familiares – direta ou indiretamente, diversas doenças se associam à dispepsia. O *diabetes mellitus* de longa evolução acompanha-se de vários distúrbios da motilidade gastrointestinal. A osteoartrose e as cefaléias crônicas, pelo uso abusivo de antiinflamatórios, são situações comumente associadas à dispepsia. A úlcera péptica, a pancreatite crônica, a colelitíase e até mesmo a dispepsia funcional têm o caráter de recidivar em crises e, assim, novas crises sugerem recidiva da mesma doença. É possível reconhecer também o caráter familiar de algumas doenças dispépticas, como a úlcera péptica e o câncer gástrico.

QUADRO CLÍNICO

Do ponto de vista sindrômico, os dados de história e o exame do paciente permitem em até 50% das vezes identificar as principais doenças que se caracterizam por dispepsia, especialmente a úlcera péptica, a doença de refluxo e a dispepsia funcional. Assim, na caracterização da dispepsia, é mais importante que o clínico ativamente procure identificar sinais ou sintomas que possam indicar gravidade da doença orgânica, *sinais de alarme*, do que definir uma hipótese específica de dispepsia. A presença de sinais de alarme implica investigação diagnóstica incisiva e imediata. Portanto, na presença de emagrecimento, sangramento, anorexia, icterícia, anemia e outros, há necessidade de investigação diagnóstica imediata, iniciada, geralmente, com endoscopia digestiva alta.

A subclassificação da dispepsia funcional (que representa a maioria dos quadros de dispepsia) compreende três quadros clínicos principais (a identificação desses grupos não necessariamente facilita o diagnóstico nem a abordagem terapêutica):

Dispepsia funcional tipo ulcerosa – quadro predominante de dor ou equivalente doloroso, muitas vezes com periodicidade, podendo melhorar com ingestão de alcalinos, porém sem presença de úlcera. A dor é localizada no epigástrico, podendo ter irradiação e não sendo geralmente de grande intensidade. Podem ter valor preditivo (diferencial com úlcera péptica): ausência de sintomas noturnos, piora com a alimentação, ausência de vômitos e de perda de peso. A faixa etária acometida costuma ser mais baixa que a de úlcera péptica e a da colelitíase.

Dispepsia tipo dismotilidade – predominam os sintomas sugestivos de alteração de motilidade como distensão abdominal, empachamento, saciedade precoce, náuseas (principalmente matinal), meteorismo, sendo a dor menos importante, muitas vezes referida somente como desconforto ou peso abdominal. A identificação de sintomas digestivos baixos associados (tenesmo, relação com a evacuação e outros) deve mudar a hipótese para doença funcional baixa (síndrome do intestino irritável).

Dispepsia tipo inespecífico – os sintomas são vagos e indefinidos, embora guardem relação com a alimentação.

O cuidado nesses casos é de não incluir doenças do trato digestivo baixo, normalmente com sintomas relacionados à evacuação e localizados no andar inferior do abdome e de não traduzir sempre como pépticas as expressões de linguagem regional do paciente, com diferentes significados. Por exemplo, "gastura", que tem como sinônimo mais comum aflição e não queimação gástrica. Nesse grupo de pacientes, é ainda importante excluir as dispepsias orgânicas, principalmente as não-digestivas, porque, em fases iniciais ou em abordagens superficiais, pode-se não atentar a sintomas ou dados epidemiológicos indicativos de outras doenças não-pépticas.

A dispepsia tipo refluxo não mais tem sido considerada uma subclassificação possível de dispepsia funcional, porque os sintomas de pirose retroesternal, associada à regurgitação e à azia, fazem o diagnóstico clínico de doença de refluxo gastroesofágico e assim não deve ser abordada como dispepsia, já que se constituiria por definição em uma dispepsia orgânica e sua abordagem estaria condicionada a uma fisiopatologia específica. É importante notar que mais de 50% dos casos de doença de refluxo gastroesofágico são normais à endoscopia digestiva alta, exame considerado como padrão-ouro para investigar dispepsia, o que poderia levar a um falso diagnóstico de doença funcional.

Para fins de trabalhos científicos, alguns autores preconizam atualmente que o paciente que referir como principal sintoma dispéptico a pirose retroesternal já deva ser diagnosticado como portador de doença de refluxo gastroesofágico, tendo em vista a alta especificidade desse sintoma para essa doença quando se investigam os indivíduos com exames mais sofisticados para esse fim (pHmetria de 24 horas, cintilografia ou manometria esofágica).

Embora grande parte dos pacientes (cerca de 50%) com doença de refluxo apresente sintomas leves ou intermitentes, uma parcela significativa deles apresenta sintomas intensos, freqüentes e contínuos que exigem supressão ácida potente para seu controle. Tem sido uma grande preocupação nos últimos anos o entendimento de que o refluxo ácido determina agressão ao esôfago que propiciará uma reação da mucosa que poderá levar ao surgimento do esôfago de Barrett (síndrome na qual a mucosa do esôfago distal apresenta metaplasia gástrica) e até mesmo do carcinoma do esôfago. A doença de refluxo gastroesofágico transcende a dispepsia e pode apresentar complicações não-digestivas, como pneumopatias e afecções de vias respiratórias altas.

Os quadros de doença de refluxo com dispepsia mais sugestivos, além da tríade clássica - pirose retroesternal, regurgitação e azia -, apresentam nítida relação de piora ou desencadeamento dos sintomas com decúbito baixo ou horizontal, situações de aumento da pressão abdominal e de condições que diminuem os mecanismos de contenção do refluxo: tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, ingestão de alimentos gordurosos e de medicamentos que diminuem a pressão do esfíncter in-

ferior do esôfago. É fácil obter de alguns pacientes as evidências do surgimento ou agravamento dos sintomas: quando um fumante após um jantar com alimentos mais gordurosos, às vezes associados à bebida alcoólica, vai dormir sem esperar o esvaziamento gástrico. A identificação de hérnia de hiato possibilita a suspeita de doença de refluxo, porém o volume da hérnia não guarda necessariamente relação com a gravidade da esofagite e grande parte dos pacientes com esofagite grave não apresenta hérnia hiatal. Uma situação comum de risco para o refluxo gastroesofágico é a presença de sonda nasogástrica. Tanto pacientes em pós-operatório como portadores de doenças de grande incapacitação (coma, pacientes em respiração mecânica e outras) podem fazer uso até por tempo prolongado de sonda nasogástrica, além de muitas vezes estarem também mantidos em decúbito horizontal e apresentarem diminuição do peristaltismo intestinal, aumentando a pressão intra-abdominal e facilitando o refluxo.

A dispepsia ulcerosa relacionada à úlcera péptica, embora possa, em alguns pacientes, mostrar algumas evidências que sugiram seu diagnóstico, não apresenta, na maioria das vezes, um quadro clínico que possa diferenciá-la do quadro clínico da dispepsia funcional. É por isso que muitos autores preconizam que diante de uma dispepsia não diagnosticada é melhor abordá-la com endoscopia inicial, porque, além de trazer maior segurança ao médico e ao paciente, pode ser mais custo-efetiva do que a realização de provas terapêuticas, em especial se a úlcera se deve à infecção pelo *Helicobacter pylori*, quando então poderá ser erradicada. Muitas das características sintomáticas da úlcera péptica, quando da disseminação do exame endoscópico, mostraram-se inconsistentes como sendo de valor preditivo significativo. De qualquer maneira, ainda se pode considerar que a úlcera péptica tende a apresentar periodicidade (recidivas sintomáticas alternadas com períodos de acalmia), ritmo (relação do sintoma com a alimentação, que pode ser de melhora na úlcera duodenal e de piora na úlcera gástrica) e intensidade dolorosa mais evidentes do que a dispepsia funcional. O despertar noturno também pode sugerir mais úlcera que doença funcional. O tabagismo condiciona recidivas mais freqüentes e maior resistência ao tratamento medicamentoso das úlceras. Pode ser valorizada para a maioria dos ulcerosos a característica de que quanto mais potente a supressão ácida, mais rápida será a melhora dos sintomas. No entanto, é conhecido o fato de que de 10 a 30% dos ulcerosos podem melhorar sem tratamento medicamentoso e de que o efeito placebo tem grande importância na cicatrização de muitas úlceras. A maioria dos autores atualmente condiciona o achado de uso de antiinflamatórios em paciente dispéptico ao equivalente de um sinal de alarme e o direciona à investigação endoscópica, independente de outros sintomas.

O perfil psicológico, antes muito valorizado na abordagem da dispepsia, hoje perdeu muito significado,

porém diversos trabalhos apresentam evidências de pacientes com maior morbidade psicológica e com mais eventos estressantes apresentando quadros de dispepsia funcional, quando comparados aos ulcerosos. Logicamente, os sinais de alarme estarão mais presentes em ulcerosos, e não na doença funcional, porém grande parte dos ulcerosos, mesmo com doença em evolução há muitos anos, não apresenta esses sinais e para muitos pacientes a restrição dietética irracional é a maior causa de emagrecimento que uma evidente complicação da úlcera (por exemplo, subestenose bulbar). O café e os condimentos provavelmente não devam ter maior significado para a ativação ulcerosa, porém podem piorar os sintomas, não ajudando no diagnóstico diferencial com a dispepsia funcional. Os diversos preconceitos alimentares atrapalham sua identificação como fatores modificadores significantes dos sintomas dispépticos.

FISIOPATOLOGIA

Na dispepsia funcional, diversos fatores são aventados para explicar os sintomas, que, lembrando, são muito variados e, na ausência de uma lesão orgânica de monta, dificultam ainda mais os estudos fisiopatológicos.

Hipersecreção gástrica – à semelhança da fisiopatologia da úlcera péptica, principalmente nos pacientes com sintomatologia similar, a hipersecreção de ácido e a maior ativação da pepsina poderiam ser causa da dispepsia. Entretanto, diversos trabalhos mostraram que não há correlação entre hipersecreção ácida e dispepsia, e, diferentemente da úlcera péptica, a maioria dos dispépticos funcionais não melhora com a supressão ácida.

Dismotilidade – grande número de dispépticos refere sintomas sugestivos de alterações de motilidade do aparelho digestivo alto, principalmente dificuldade de esvaziamento gástrico. Diversos trabalhos mostram retardo do esvaziamento gástrico e hipocontratibilidade antropilórica nesses pacientes. Outros demonstram também refluxo duodenogástrico e discinesias biliares nesses pacientes. Porém, muitos pacientes normais apresentam refluxo duodenogástrico, e não mostram comitância de distúrbios de motilidade sempre que apresentam sintomatologia dispéptica. É possível, também, que os mecanismos de dismotilidade possam ser ainda mais complexos e mediados ou regulados por secreções hormonais e/ou alterações nervosas (neurotransmissores) originadas do sistema nervoso central ou sistema nervoso entérico, com participação de mecanismos psicológicos. É verdade que grande parte dos dispépticos funcionais apresenta melhora com medicamentos pró-cinéticos, sugerindo que esses mecanismos sejam importantes nessa síndrome.

Infecção pelo *Helicobacter pylori* – desde que essa bactéria foi reconhecida como importante fator determinante de processos pépticos, principalmente porque a

ela sempre se associa uma gastrite (histológica), muitos trabalhos estão sendo feitos na tentativa de estabelecer o papel dessa infecção na determinação da dispepsia. Ainda não há concordância sobre as vantagens da erradicação da bactéria na dispepsia funcional e não está determinado qual sua participação na fisiopatologia dos processos pépticos. A dificuldade e o custo de sua erradicação devem ser levados em conta nos países em desenvolvimento. No entanto, o Consenso Europeu para tratamento da úlcera péptica admite como proposta de abordagem da dispepsia a erradicação do *Helicobacter pylori* nos dispépticos com a bactéria detectada (por processos não-invasivos). Nos pacientes jovens e sem sinais de alarme, a erradicação seria indicada antes de realizar endoscopia digestiva, curando-se 15 a 30% de ulcerosos, somados a um percentual de dispépticos funcionais (em torno de 20%). No Brasil, isso é impossível porque não temos métodos não-invasivos disponíveis para a detecção da bactéria, o custo e a complexidade do tratamento são altos e as cepas da bactéria apresentam alta taxa de resistência antimicrobiana. A maioria dos pacientes infectados pelo *Helicobacter pylori* são assintomáticos e mesmo nos países subdesenvolvidos, onde a infecção é altamente prevalente, não se observa frequência maior de dispepsia.

Alterações psicológicas – diversos trabalhos mostram um perfil psicológico próprio para a dispepsia funcional, que difere do paciente normal e do ulceroso. Estudos retrospectivos tendem a associar maior número de eventos e de maior intensidade de estresse aos dispépticos funcionais do que aos ulcerosos, relacionando-os a maiores níveis de ansiedade, depressão e outras psicopatias. A dificuldade reside em caracterizar esse perfil psicológico como fator causal da dispepsia, colocando-se sempre a questão de se tratar de resposta alterada a um fator habitual em contraponto à resposta habitual a um fator alterado.

Irritantes da mucosa gastrintestinal – o tabagismo, o alcoolismo, a cafeína e os condimentos têm relação com a dispepsia. Existem trabalhos mostrando que o tabagismo propicia resistência à cicatrização de úlceras e sua maior recidiva e que as alterações do fluxo sanguíneo mucoso seriam responsáveis por isso, o que poderia ser transposto similarmente para a dispepsia funcional. Outros trabalhos mostram que o uso de pimenta e condimentos relacionados equivale em ação aos antiinflamatórios, ao lesar a mucosa gastrintestinal. Porém, poucos trabalhos procuram documentar relação causal isolada entre álcool, fumo, cafeína e dispepsia. Quanto aos medicamentos, principalmente os antiinflamatórios, por definição, a dispepsia a eles associada é considerada orgânica, e o conhecimento das ações dessas substâncias na mucosa gastrintestinal proporcionou recentemente grandes avanços para seu tratamento e prevenção.

A fisiopatologia da úlcera péptica atualmente tende a ser mais específica e pressupõe raros casos de hi-

percloridria (síndrome de Zollinger-Ellison e mastocitose) e uma maioria de casos associados ao uso de anti-inflamatórios ou à infecção pelo *Helicobacter pylori*.

A fisiopatologia da doença de refluxo gastroesofágico está associada a alterações de fatores funcionais e mecânicos da transição esofagogástrica que dificultam o refluxo, o conteúdo ácido do refluído e o poder tampicante e de clareamento ácido do esôfago (Quadro 36.1).

Quadro 36.1 – Distúrbios associados à dispepsia.

Digestivos
Úlcera péptica
Refluxo gastroesofágico
Doença biliar
Gastrite e duodenite
Pancreatite
Neoplasia
Disabsorção
Doenças de infiltração
Não-digestivos
Diabetes mellitus
Tireoidopatias
Hiperparatireoidismo
Alterações eletrolíticas
Isquemia coronariana
Colagenoses
Medicamentos
Anti-inflamatórios
Antibióticos orais
Digital
Teofilina

Adaptado de Misiewicz, 1993.

ABORDAGEM PRÁTICA

Os recursos de diagnóstico por exames subsidiários na rede pública são escassos, e o acesso dos pacientes aos centros médicos especializados é difícil. Os custos da medicina atual são cada vez maiores, principalmente

pela sofisticação dos exames auxiliares e pelos medicamentos necessários; assim, faz parte da prática médica no Brasil procurar, de acordo com a boa qualidade de atendimento, otimizar os recursos disponíveis.

A dispepsia apresenta características muito diversas e pouco específicas no seu quadro clínico. Na maioria das vezes, o exame clínico pouco ajuda no diagnóstico diferencial. A história clínica, mesmo quando bem obtida e seguida por interrogatório específico, pode não permitir o diagnóstico correto em grande parte das vezes. A prevalência de dispepsia funcional é elevada na população, portanto, uma adequada abordagem da dispepsia pode ser feita com a utilização de um fluxograma (Fig. 36.1).

Na consulta inicial, realizar história e interrogatório minucioso, calçado em dados epidemiológicos adequados, procurando sempre identificar os *sinais* ou *sintomas de alarme* (sinais ou sintomas que denotam gravidade em doença orgânica). São eles: emagrecimento, anorexia, sangramento, icterícia, palidez, presença de visceromegalias, dentre outros.

Para *pacientes com menos de 45 anos de idade* (abaixo dessa faixa etária a neoplasia é rara), desde que não apresentem sinais de alarme, propõem-se uma prova terapêutica medicamentosa e um seguimento ambulatorial que propicie suporte psicológico adequado, estimulando-se medidas comportamentais de restrição ao uso de tabaco, álcool e irritantes gástricos, de adequada mastigação, alimentação regular e medidas anti-refluxo gastroesofágico, suspendendo-se eventuais medicamentos anti-inflamatórios em uso.

Nessa prova terapêutica, pode-se privilegiar o uso de antiácido em dose baixa, associado a pró-cinético como tratamento adequado para dispepsia funcional e grande parte das outras causas de dispepsia. Se em duas semanas o paciente apresentar melhora da sintomatologia, mantém-se o tratamento até, no máximo, oito

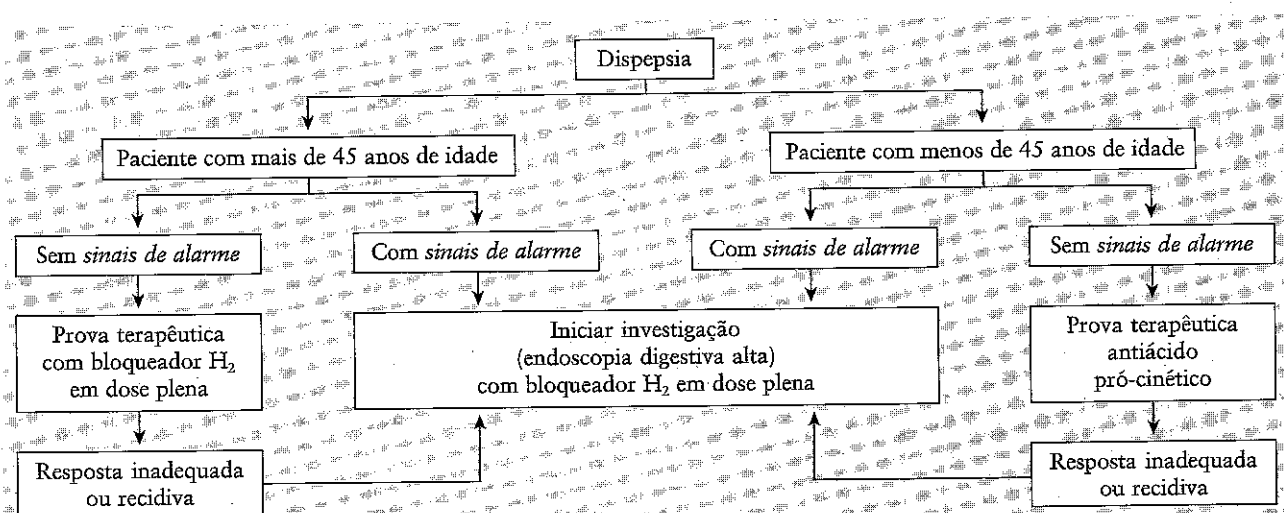


Figura 36.1 – Fluxograma para a abordagem de dispepsia.

semanas. Caso o paciente não apresente melhora em duas semanas ou, então, se com a suspensão da terapêutica medicamentosa os sintomas recidivarem, inicia-se a investigação armada, propiciando ao paciente uma supressão ácida adequada com uso de bloqueadores H₂ ou inibidores de bomba de prótons em dose plena.

Essa investigação deve ser iniciada com endoscopia digestiva alta (eventualmente exame radiológico contrastado se houver necessidade de avaliar motilidade e permeabilidade do esôfago, estômago e duodeno) e, eventualmente, com exames protoparasitológico de fezes seriados, hemograma, bioquímica, pesquisa de sangue oculto nas fezes e ultra-sonografia de abdome como exames de primeira instância.

Para os pacientes com menos de 45 anos de idade, mas que apresentem sinais de alarme, inicia-se a investigação armada nos mesmos moldes anteriores, promovendo também a mesma supressão ácida e solicitando eventualmente outros exames que se façam necessários para diagnósticos mais específicos.

Para *pacientes com mais de 45 anos de idade* sem sinais de alarme, pode-se também propor prova terapêutica, porém o tratamento medicamentoso deve privilegiar dose plena de bloqueador H₂ ou de inibidor de bomba de prótons visando identificar com mais clareza as situações de resposta inadequada ou de benefício da supressão ácida mais rapidamente, em uma população que é mais suscetível à dispepsia orgânica (úlceras, lesões agudas de mucosa, esofagite). No caso de resposta inadequada à prova terapêutica, inicia-se a investigação armada.

Para *pacientes com mais de 45 anos de idade e com sinais de alarme*, o procedimento é semelhante ao dos com menos de 45 anos de idade e com sinais de alarme.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os distúrbios orgânicos que mais se associam à dispepsia são a úlcera péptica e a doença de refluxo gastroesofágico. Embora de fisiopatologias diferentes, ambos se beneficiam de uma supressão ácida adequada. Resistência ao tratamento, complicações e situações particulares acontecem em um pequeno número de pacientes que merecem tratamento específico ou investigação mais especializada.

A doença de refluxo é uma síndrome muito frequente (mais que a própria úlcera péptica e pode até em 20% dos casos se associar à úlcera péptica) e seu estudo vem ganhando destaque crescente, em função de provável aumento de sua prevalência e de algumas de suas complicações: o esôfago de Barret e o câncer de esôfago. Para o refluxo gastroesofágico, o exame de endoscopia digestiva alta pode ser considerado inadequado como padrão-ouro de diagnóstico, já que até 50% das endoscopias podem apresentar-se normais. Assim, a presença da tríade sintomática de regurgitação,

pirose retroesternal e azia – pode fazer o diagnóstico de doença de refluxo, mesmo com endoscopia normal. Além disso, a doença de refluxo pode proporcionar sinais e sintomas não-digestivos mas de grande magnitude, por exemplo, para o sistema respiratório, como causa ou mecanismo de piora de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonias recidivantes, fibrose pulmonar, faringites crônicas e outras. A pirose retroesternal prolongada que se associa a situações de facilitação de refluxo, como obesidade, tabagismo, uso de álcool, decúbito baixo, aumento da pressão abdominal, consumo de gordurosos e farináceos, sugere muito a presença da esofagite de refluxo. Para esses quadros, a prova terapêutica com supressores ácidos exige maior potência e maior duração. A recidiva é a regra quando da suspensão dos medicamentos, tanto que muitos autores sugerem uma terapêutica crônica de manutenção e, em alguns casos, cirurgia.

A úlcera péptica é uma doença que, antes da popularização do exame radiológico contrastado e da endoscopia digestiva, acreditava-se poder ser diagnosticada pelos sintomas de dispepsia, conhecida então como doença de Cruveilhier. No entanto, hoje, mesmo com a aplicação de rigorosos questionários, os sintomas dispépticos dos ulcerosos podem sobrepor-se em até 50% dos casos aos da dispepsia funcional (também chamada de doença ulcerosa sem úlcera). A periodicidade da atividade sintomática da úlcera pode estar presente em até 60% dos pacientes funcionais. O ritmo da dor a três tempos – dói, come, passa (mais sugestivo de localização duodenal ou pré-pilórica) – ou a quatro tempos – passa, come, dói, passa (mais sugestiva de localização gástrica) – não se caracteriza em grande parte dos pacientes ulcerosos. O despertar noturno, “clocking”, não é apanágio de úlcera. A intolerância alimentar, principalmente a gordurosos e irritantes, pode ser referida com grande frequência na doença funcional e na úlcera e doença de refluxo. A melhora dos sintomas com alcalinos pode ser observada na úlcera, na doença de refluxo e em parte dos pacientes funcionais. Atualmente, para os casos de úlcera não relacionada ao uso de antiinflamatórios, a erradicação do *Helicobacter pylori* é considerada o tratamento definitivo, enquanto a supressão ácida é considerada um tratamento sintomático.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1. Paciente de 16 anos de idade, sexo feminino, referindo dor epigástrica em peso há um mês, que piora com a alimentação, sem “clocking”, acompanhada de náuseas e vômitos mais intensos pela manhã, sem intolerância alimentar específica. Nega emagrecimento, uso de antiinflamatórios, álcool e tabaco. Nega passado mórbido. Refere irregularidade menstrual. É muito emotiva e reconhece que fica muito nervosa nesse período.

Discussão: em princípio, o quadro sugere dispepsia funcional em paciente ansiosa. Porém, um detalhe exige atenção: a irregularidade menstrual. Apesar da faixa etária, uma paciente que tenha vida sexual ativa, sem uso de métodos contraceptivos, nuligesta, pode estar grávida sem ter consciência do fato. A irregularidade menstrual pode dificultar a identificação de amenorréia. Assim, nesse caso, antes de se aventar a hipótese de dispepsia, deve-se afastar a de gravidez.

CASO 2. Paciente de 32 anos de idade, sexo masculino, com epigastralgia há três meses, que melhora com a alimentação, "clocking" freqüente, tabagista de 20 cigarros por dia, sem perda de peso, uso de álcool ou antiinflamatórios. Refere melhora da dor desde que sua avó, que diz ser ulcerosa, ensinou-o a usar magnésia bissurada. Nega ser ansioso, porém refere estar mais preocupado, desde que ficou desempregado há seis meses e vem mantendo-se com pequenos expedientes.

Discussão: o quadro é sugestivo de dispepsia tipo ulcerosa. Pode-se valorizar o "clocking" como de grande valor preditivo positivo para úlcera péptica. É possível que haja um componente familiar. Não há informação sobre antecedentes pépticos prévios. O paciente não apresenta "sinais de alarme". O diagnóstico diferencial de dispepsia funcional tipo ulcerosa e úlcera péptica pode apresentar erro em até 50% quando considerados somente os dados clínicos. Pode-se propor uma prova terapêutica e se a resposta for inadequada ou houver recidiva dos sintomas com a suspensão do tratamento, fazer então a investigação.

CASO 3. Paciente de 78 anos de idade, sempre teve saúde. Após quadro gripal prolongado, em que foi medicado com antiinflamatórios e antibióticos, vem apresentando mal-estar epigástrico, com sensação de digestão mais demorada, náuseas episódicas e mesmo pequena quantidade de alimentos o fazem sentir empanzinado. Após a convalescença do quadro gripal, acha que recuperou o apetite e vem ganhando peso. Nega alcoolismo, ex-tabagista, nega outros quadros mórbidos.

Discussão: quadro de dispepsia tipo dismotilidade, em paciente idoso, aparentemente desencadeado com o uso de medicamentos. Apesar da idade, o paciente não apresenta "sinais de alarme". Pode-se propor prova terapêutica. Se na evolução não apresentar evolução satisfatória ou se na suspensão da medicação houver recidiva dos sintomas, fazer a investigação. É fundamental a orientação para evitar o uso de antiinflamatórios.

CASO 4. Paciente de 65 anos de idade, natural do Chile, no Brasil há 10 anos. Ex-fumante, tratando hipertensão arterial sistêmica há 10 anos com diurético e beta-bloqueador. Nega diabetes. Vem apresentando há três meses epigastralgia leve, que melhora discretamente com a alimentação, sem náuseas ou vômitos, porém

com anorexia, chegando a apresentar aversão à carne e refere perda de peso de 3kg no período. Nega sangramento digestivo, refere discreta obstipação intestinal desde o início do quadro. Nega antecedentes pépticos.

Discussão: esse paciente apresenta um quadro de dispepsia no qual há sinal de alarme: a perda de peso, tem naturalidade chilena (país onde a incidência de neoplasia gástrica é alta), é idoso e não tem antecedentes pépticos prévios. É hipertenso, o que pode sugerir a possibilidade de sempre ter feito uma dieta rica em sódio. Embora o índice de neoplasia em dispepsia seja baixo (em torno de 2% dos casos) e a obstipação que apresenta possa se dever à diminuição da ingestão alimentar, é premente a investigação do paciente para afastar neoplasia, situação na qual o diagnóstico precoce pode mudar significativamente o prognóstico.

CASO 5. Homem de 35 anos de idade, alcoolista e tabagista inveterado, conta história de dor epigástrica em crises de forte intensidade, acompanhadas de náuseas e vômitos há um ano. Os episódios duram mais ou menos uma semana e melhoram com a ingestão de antiácidos e a suspensão do álcool. Já esteve internado em observação em pronto-socorros por duas vezes. Nega "clocking" e refere piora da dor com a alimentação. Nas crises, apresenta perda de peso, que reputa à dificuldade em se alimentar. Nos intervalos, passa bem e não tem intolerância alimentar. Os períodos de acalmia são de meses.

Discussão: a faixa etária e a ausência de um sinal claro de alarme possibilita a abordagem por prova terapêutica. Porém, deve-se atentar para o antecedente de alcoolismo, para as crises de dor intensa, possivelmente desencadeadas com o álcool, de melhora relativamente rápida, sem tratamento de grande eficácia. Deve-se pensar, então, na pancreatite crônica, entidade na qual também existe maior ocorrência de úlcera péptica.

CASO 6. Homem de 52 anos de idade, tabagista, hipertenso não controlado, com antecedentes de diabetes na família, taxista, que ingere várias doses de destilado por dia, refere há três meses dor epigástrica em queimação, irradiada para o tórax, com duração de 15 minutos, aparentemente desencadeada com refeições pesadas e esforço físico. Tem usado "remédios para o fígado" sem melhora.

Discussão: esse paciente, apesar de ter dor epigástrica, tem sintomas que são desencadeados pelo esforço e de curta duração, sugestivos de angina de peito. Tem fatores de risco para doença arterial coronariana e talvez a sintomatologia anginóide não seja mais típica, porque o paciente é sedentário. O paciente deve ser abordado com a hipótese de insuficiência coronariana e não com a de dispepsia. É muito comum pacientes referirem "sofrer do fígado" quando apresentam sintomas dispépticos, principalmente ao abusar de alimentos gordurosos e álcool.

CASO 7. Paciente de 54 anos, sexo feminino, refere, há seis meses, episódios de dor epigástrica de forte intensidade, irradiada para o ombro, acompanhada de vômitos, que não melhora com uso de antiácidos ou alimentação, episódios de dor noturna, normalmente com duração de um ou dois dias, sem perda de peso ou sangramento digestivo. Nega uso de antiinflamatórios, tabaco e álcool. Nega antecedentes mórbidos que não obesidade.

Discussão: esse quadro dispéptico não apresenta "sinais de alarme". O fato de não melhorar com antiácido, ter dor irradiada de forte intensidade para o ombro, acompanhada de vômitos, nessa faixa etária e no sexo feminino, pode ter valor preditivo para colecistopatia. A proposta é de prova terapêutica e seguimento. Com resposta insatisfatória ou na recidiva, investigar.

BIBLIOGRAFIA

- BETTARELLO A - Quadros sindrômicos das doenças do aparelho digestivo. In: Moraes Filho JPP. *Manual de Gastroenterologia*. 1ª ed., São Paulo, Roca, 1993, p. 9.
- LAM SK, HUI WM, CHING CK - Peptic ulcer disease: epidemiology, pathogenesis and ethiology. In: Haubrich WS, Schaffner F, Berk JE. *Bockus Gastroenterology*. 5th ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 1995, p. 700.
- MISIEWICZ JJ - Dyspepsia. In: Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal Disease*. 5th ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 1993, p. 572.
- PASSOS MCF et al. - Dispepsia funcional. In: Dani R. *Gastroenterologia Clínica*. 3ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993, p. 553.
- TALLEY NJ et al. - Discriminant value of dyspeptic symptoms: a study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration, and cholelithiasis. *Gut*, 28:40, 1987.
- TALLEY NJ et al. - Prognosis of chronic unexplained dyspepsia. *Gastroenterology*, 92:1060, 1987.