

# Protocolo Clínico e de Regulação para Dispepsia Funcional 68

*Fernanda Fernandes Souza  
Andreza Corrêa Teixeira  
Ricardo Brandt de Oliveira  
Jose Sebastião dos Santos*

## INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prevalência da dispepsia funcional (sintomas dispépticos) varia de 10% a 45% conforme a população considerada. A dispepsia funcional interfere significativamente na qualidade de vida do indivíduo, gerando um grande número de consultas médicas, com impacto no custo dos programas de assistência à saúde. Entre os fatores que motivam a procura por atendimento médico pelo portador de dispepsia funcional destacam-se: gravidade dos sintomas, medo de doença grave e fatores psicossociais.

## CONCEITO

Dispepsia é um termo comumente usado para caracterizar dor epigástrica, que pode ou não estar acompanhada de outros sintomas gastrointestinais.

Dispepsia funcional, de acordo com os critérios de Roma III, é definida como presença de um ou mais dos seguintes sintomas: saciedade precoce, plenitude pós-prandial, dor ou queimação epigástrica na ausência de doenças orgânicas sistêmicas ou metabólicas que possam explicar a sintomatologia. Os sintomas devem ter início há pelo menos seis meses, com no mínimo três meses de duração.

Conforme os critérios de Roma III, a dispepsia funcional é dividida em dois subgrupos: 1) síndrome do desconforto pós-prandial, caracterizada por saciedade precoce e plenitude pós-prandial (Tabela 68-1); 2) síndrome da dor epigástrica, caracterizada por dor e queimação epigástrica (Tabela 68-2).

**TABELA 68-1 Síndrome do desconforto pós-prandial, segundo os critérios de Roma III**

Presença de um ou ambos os sintomas, com início há pelo menos 6 meses e mínimo de 3 meses de duração

1. Plenitude pós-prandial, várias vezes por semana, após refeição de volume habitual
2. Saciedade precoce, várias vezes por semana, que interrompe uma refeição de volume habitual

Critérios adicionais

1. Distensão da região superior do abdome, ou náusea pós-prandial, ou eructação excessiva
2. Pode ser acompanhada da síndrome da dor epigástrica

**TABELA 68-2. Síndrome da dor epigástrica, segundo os critérios de Roma III**

Presença de todos os sintomas a seguir descritos, com início há pelo menos 6 meses e com mínimo de 3 meses de duração

1. Dor ou queimação localizada no epigástrico, com pelo menos moderada intensidade e com frequência mínima de uma vez por semana
2. Dor intermitente
3. Dor não generalizada ou localizada em outras regiões abdominais ou região torácica
4. Dor não aliviada pela evacuação ou eliminação de flatos
5. Dor não preenche critérios para doença da vesícula biliar ou esfíncter de Oddi

Critérios adicionais

1. Dor pode ser em queimação, porém sem componente retroesternal
2. Dor pode ser desencadeada ou aliviada pela ingestão de alimentos, mas pode ocorrer durante jejum
3. Pode ser acompanhada da síndrome do desconforto pós-prandial

**FISIOPATOLOGIA**

A fisiopatologia da dispepsia funcional ainda não está esclarecida, e é possível que resulte de mais de um mecanismo fisiopatológico. Os mecanismos inferidos incluem retardo no esvaziamento gástrico, prejuízo na acomodação gástrica dos alimentos, hipersensibilidade à distensão gástrica, sensibilidade duodenal alterada aos lipídios ou ácidos, motilidade intestinal anormal e disfunção do sistema nervoso central.

Além desses mecanismos, existem evidências da participação de predisposição genética, fatores infecciosos (como a infecção pelo *Helicobacter pylori*) e fatores psicológicos na gênese dos sintomas da dispepsia funcional.

## ABORDAGEM DA DISPEPSIA FUNCIONAL

A avaliação do paciente com dispepsia deve ter início com história clínica completa e exame físico. Atenção especial deve ser dada à investigação do uso de medicações que podem ser responsáveis pelos sintomas dispépticos, uma vez que habitualmente o uso desses medicamentos não é informado espontaneamente pelos pacientes. Deve-se questionar diretamente sobre o uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) e ervas medicinais. Também a concomitância de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico deve ser investigada.

Deve-se investigar presença de sinais de alarme, como: perda de peso inexplicável, vômito recorrente, disfagia progressiva, odinofagia, sangramento gastrointestinal e história familiar de neoplasia do trato gastrointestinal. Na presença desses sinais, a endoscopia digestiva alta (EDA) faz-se necessária. Ademais, todos os pacientes com dispepsia de início recente e idade superior a 50 anos, mesmo na ausência de sinais de alarme, devem ser submetidos à EDA. Na ausência de qualquer dessas condições, a EDA pode ser dispensada e realizada apenas quando os sintomas persistirem ou se agravarem após um período de algumas semanas de observação ou terapêutica empírica com antissecretores gástricos ou procinéticos. A opção entre os dois tipos de tratamento empírico pode ser orientada pelo padrão de sintoma dispéptico (Fluxogramas 68-1 e 68-2).

A realização de teste para detecção de *Helicobacter pylori* proposto por alguns autores para pacientes jovens sem sintomas de alarme não é conduta universalmente aceita.

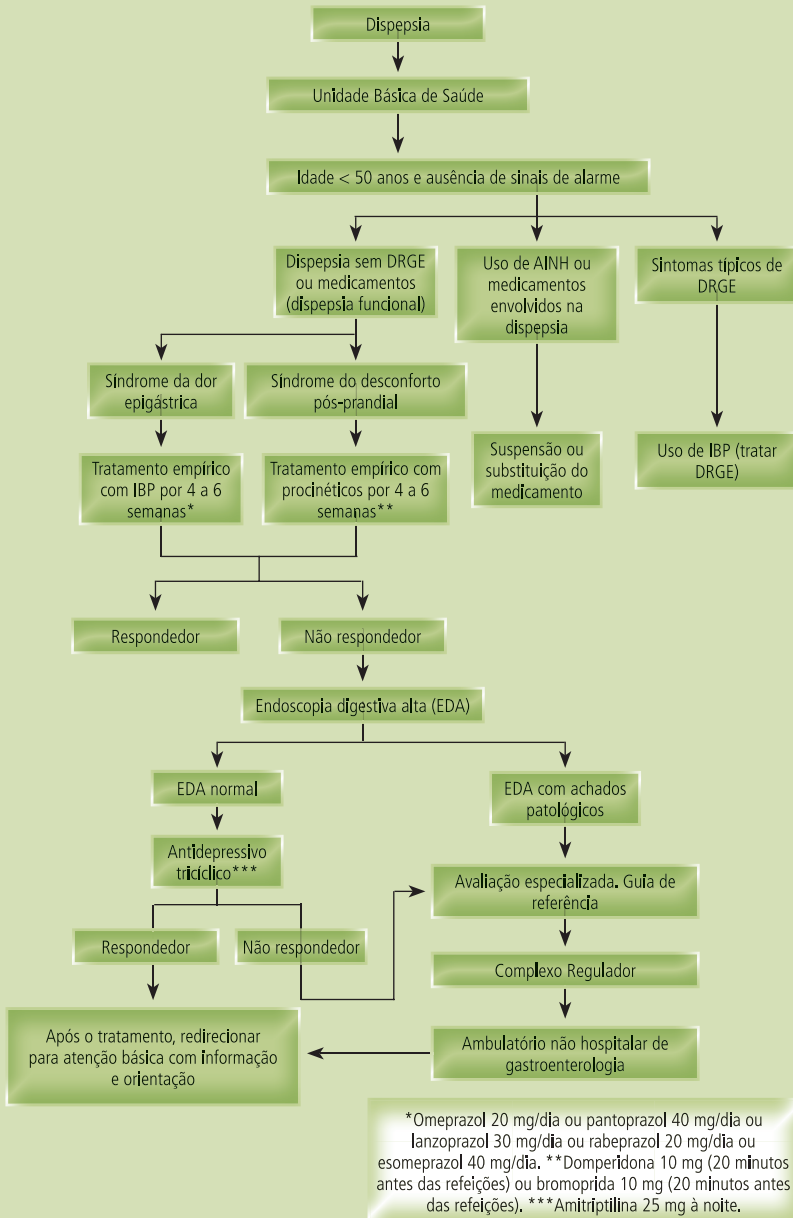
## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante salientar que sintomas dispépticos com endoscopia normal podem decorrer de várias condições, digestivas e extradigestivas, que devem ser consideradas antes que o diagnóstico de dispepsia funcional seja firmado. Esses diagnósticos diferenciais são: úlcera péptica, esofagite de refluxo, câncer gástrico e de esôfago, câncer de pâncreas, doença do trato biliar, má absorção de carboidratos, gastroparesia, parasitose intestinal, distúrbios metabólicos (hipercalcemia/hipercalcemia), isquemia intestinal, pancreatite e doenças sistêmicas (diabetes, doenças da tireoide e paratireoide).

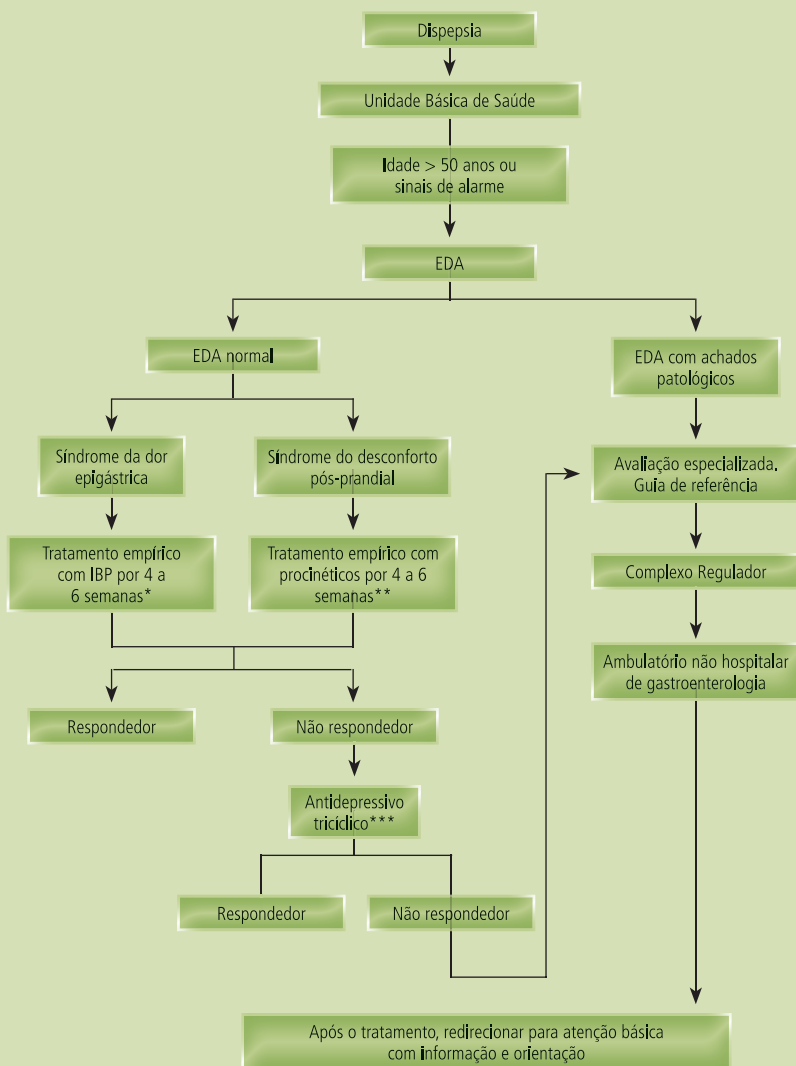
Alguns agentes também estão comumente associados à dispepsia, particularmente o álcool, os antibióticos orais (eritromicina), os bifosfonatos, as ervas medicinais (ginkgo, saw palmetto, alho e outros), o corticoide (prednisona), a metformina, os AINHs, incluindo os inibidores COX-2, os opioides, o cloreto de potássio, a teofila e o sulfato ferroso.

**BIBLIOGRAFIA**

- Brun R, Kuo B. Functional dyspepsia. *Therap Adv Gastroenterol*. 2010;3(3):145-64.
- Harmon RC, Peura DA. Evaluation and management of dyspepsia. *Therap Adv Gastroenterol*. 2010;3(2):87-98.
- Longstreth GF [Internet]. Functional dyspepsia [access 2011 apr 20]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/functional-dyspepsia>.
- Loyd RA, McClellan DA. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia. *Am Family Physic*. 2011;83(5):547-52.
- Mcquaid K. Dyspepsia. In: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, editors. *Gastrointestinal and liver disease*. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. p. 105-17.
- Tack J, Janssen P. Emerging drugs for functional dyspepsia. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2011;16(2):283-92.



**Fluxograma 68-1** Abordagem da dispepsia funcional em indivíduos < 50 anos e sem sinais de alarme. EDA: endoscopia digestiva alta; DRGE: doença do refluxo gastroesofágico; AINH: anti-inflamatório não hormonal; IBP: inibidor de bomba de próton.



\*Omeprazol 20 mg/dia ou pantoprazol 40 mg/dia ou lansoprazol 30 mg/dia ou rabeprazol 20 mg/dia ou esomeprazol 40 mg/dia. \*\*Domperidona 10 mg (20 minutos antes das refeições) ou bromoprida 10 mg (20 minutos antes das refeições). \*\*\*Amitriptilina 25 mg à noite.

**Fluxograma 68-2** Abordagem da dispepsia funcional em indivíduos > 50 anos ou sinais de alarme. EDA: endoscopia digestiva alta; IBP: inibidor de bomba de próton.