

DISTÚRBIOS FUNCIONAIS DO APARELHO DIGESTIVO

Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon

CONCEITO

Os distúrbios funcionais do aparelho digestivo compreendem um grupo variado de condições que se caracterizam por sintomas atribuíveis ao comprometimento de órgãos diversos do trato gastrintestinal, sem que haja evidências clínicas ou laboratoriais de doença orgânica. Nos pacientes com essas condições (**Quadro 1**) a investigação diagnóstica usualmente não revela anormalidade estrutural que explique as queixas. Dentre essas condições, destacam-se, por serem mais comuns, a dispepsia funcional e a síndrome do intestino irritável.

FREQUÊNCIA

As doenças funcionais digestivas são muito frequentes, constituindo ocorrências comuns na prática ambulatorial em todo o mundo. Alguns estudos epidemiológicos feitos em outros países mostram que 20% a 30% das pessoas integrantes das amostras populacionais estudadas em fábricas, escolas ou bairros de grandes cidades, pode, em algum momento das suas vidas, apresentar sintomas que preenchem critérios diagnósticos para algumas das doenças funcionais. Uma proporção menor destas pessoas necessitará de atendimento médico, o que pode significar até 10% das consultas médicas ambulatoriais em Clínica Geral, ou até 50% das consultas em Gastroenterologia.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA DAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES FUNCIONAIS DIGESTIVAS

Dispepsia funcional (DF)

A DF é caracterizada por sintomas que sugerem acometimento do estômago ou do duodeno, na ausência de qualquer anormalidade de natureza orgânica, estrutural ou metabólica que possa explicar o quadro. Os sintomas mais comuns são a dor ou desconforto no epigástrico, a "má digestão" (que pode ser mais bem definida como peso, distensão gástrica ou plenitude pós-prandiais), a saciedade precoce e as eructações frequentes. O exame físico é normal e a investigação diagnóstica destes sintomas não evidencia qualquer anormalidade endoscópica (exceto enantema da mucosa gástrica, que não tem significado clínico), histopatológica, radiológica, ultrassonográfica, bioquímica ou hematológica.

Os pacientes com DF podem ser agrupados em dois tipos clínicos, de acordo com o sintoma predominante: dor epigástrica e plenitude gástrica pós-prandial (*"síndrome do*

desconforto pós-prandial”). Porém, é comum o encontro de pacientes com ambos os tipos de sintomas.

Síndrome do intestino irritável (SII)

Esta condição clínica caracteriza-se pela combinação dos seguintes sintomas: 1) dor ou desconforto abdominal, ocorrendo em locais que guardam relação com a topografia dos intestinos; 2) alterações bem definidas do hábito intestinal, como constipação ou diarreia. Adicionalmente, os pacientes com essa síndrome frequentemente apresentam alterações relacionadas ao ato defecatório, como urgência, desconforto ou sensação de evacuação incompleta. Não é incomum o relato de emissão de muco esbranquiçado junto com as fezes. Muitos pacientes com a SII relatam também a distensão abdominal, como sintoma relevante.

A dor ou o desconforto abdominal podem coincidir com a alteração do hábito intestinal e apresentarem melhora com a evacuação ou com a eliminação de gases. As alterações da frequência das evacuações e da consistência das fezes podem se alternar com períodos de regularidade e normalidade do hábito intestinal. A distensão abdominal pode ser relatada pelo paciente, mas não perceptível pelo médico ao exame do abdome.

É sabido que os pacientes com a SII apresentam com certa frequência uma variedade de sintomas associados, como cefaleia, lombalgia e dispepsia, mas não exibem também evidências clínica de doença orgânica em outros órgãos ou aparelhos. O exame físico usualmente é inteiramente normal.

PATOGENIA

A patogenia dos distúrbios funcionais digestivos não é perfeitamente conhecida, mas parece envolver fatores diversos, que podem estar presentes em diferentes pacientes, ou podem, eventualmente, coexistir no mesmo paciente. Influências de ordem genética ou ambiental podem gerar fatores predisponentes, como: 1) **anormalidades da motilidade digestiva**; 2) **alterações da sensibilidade e da percepção sensorial visceral**; 3) **distúrbios da área psicoemocional**; 4) **alterações de natureza imuno-inflamatória nos níveis microscópico ou molecular**. A sobreposição de fatores desencadeantes, como o contato com certos alimentos ou medicamentos e, sobretudo, a emergência de situações geradoras de estresse emocional podem explicar o início dos sintomas. Uma vez instalado, fatores mantenedores, como os de natureza psicoemocional, ou os ligados à dieta ou ao estilo de vida, podem explicar a persistência, em longo prazo, do quadro clínico.

No que se refere aos fatores de ordem psicoemocional, independentemente da sua importância na gênese dos sintomas, a tensão psicológica parece ser um forte determinante de

maior preocupação em "estar doente" e, conseqüentemente, da necessidade de procura à atenção médica.

Com relação à DF, em particular, muitos pacientes com esta condição são rotulados, por si próprios, ou por médicos que os atendem, como tendo "**gastrite**". No entanto, poucos deles têm, de fato, algum grau de inflamação da mucosa do estômago e não se acha bem demonstrado que isto possa ocasionar sintomas. Do mesmo modo, é muito discutível se a infecção por *Helicobacter pylori* constitui causa definida de sintomas dispépticos em pacientes sem alterações estruturais do estômago ou do duodeno.

DIAGNÓSTICO

Em muitos centros, sobretudo nos EEUU, o diagnóstico dos distúrbios funcionais digestivos somente é feito após a exclusão de causa orgânica que explique os sintomas, por meio de investigação exaustiva ("diagnóstico negativo"). Por outro lado, a realização de exames em todos os casos, sobretudo nos casos mais freqüentes de dispepsia e de alterações do hábito intestinal, seria proibitiva em termos de custo financeiro e traria inconvenientes para as pessoas e as instituições. Assim sendo, avaliação diagnóstica de pacientes com suspeita de condição funcional deve se iniciar com cuidadosa análise dos sintomas apresentados e das características do paciente ("diagnóstico positivo"), bem como demanda a aplicação de critérios que permitam decidir com segurança sobre **quando** e **como** conduzir uma investigação aprofundada.

Na abordagem inicial, a história clínica e o exame físico, junto com os exames laboratoriais mais simples (hemograma, velocidade de hemossedimentação, exames de urina e de fezes, ocasionalmente, glicemia e dosagem do hormônio estimulante da tireoide - *TSH*), são importantes na identificação de causa orgânica para os sintomas apresentados. Esta abordagem é, também, importante para detectar elementos que indiquem a necessidade de investigação imediata ou mais intensiva (**Quadro 2**).

Em grande número dos casos com suspeita de uma condição funcional digestiva, ausentes as evidências de comprometimento orgânico, é perfeitamente aceitável que se inicie um tratamento de base empírica, enquanto se observa a evolução do caso e se estude com mais profundidade as características clínicas e pessoais do paciente. A investigação mais intensiva poderá estar indicada, mais tarde, se não houver melhora com o tratamento, ou quando a melhora for fugaz e seguida por recidiva evidente do quadro clínico.

TRATAMENTO

O tratamento das condições funcionais digestivas requer medidas gerais inespecíficas e o uso empírico de recursos medicamentosos dirigidos para mecanismos supostamente causadores

dos sintomas. Em muitos casos, a intensidade e a frequência reduzidas das manifestações não trazem maiores preocupações, quer seja ao paciente ou ao médico. Em outros casos, porém, os sintomas adquirem maior relevância e o tratamento pode ser difícil, o que é compreensível, face à inexistência de causa única facilmente reconhecida.

Medidas gerais

Os pacientes devem ser orientados com clareza e com franqueza sobre o estado atual do conhecimento médico sobre a sua doença. Devem ser dadas as explicações possíveis acerca do que se sabe, atualmente, dos fatores relacionados com a origem dos sintomas. Deve-se, especialmente, tranquilizar o paciente sobre o caráter benigno dos seus sintomas.

É especialmente importante que o médico se conscientize da importância de se evitar dizer ao paciente que ele ou ela "**não tem nada**". Isto pode criar no paciente um senso de rejeição ou, então, transmitir a impressão, nem sempre verdadeira, que a causa dos sintomas é de ordem emocional.

Outras medidas gerais úteis são as mudanças de hábitos e de estilo de vida, a orientação alimentar, a moderação no uso do álcool, do fumo e dos alimentos contendo cafeína ou análogos (café, chá-mate, chocolate, refrigerantes) e a recomendação para o engajamento em atividade física ou esportiva regular e para não negligenciar atividades úteis ao lazer e ao relaxamento.

Nos pacientes com a SII existem evidências de efeito benéfico da restrição de alimentos fermentativos, como o leite e derivados e algumas frutas e legumes, além de adoçantes artificiais que contenham açúcares ou álcoois não absorvíveis.

É extremamente importante que se estabeleça relacionamento empático e de confiança mútua entre o paciente e o seu médico. Este, em especial, tem a obrigação de procurar adquirir atitude positiva para com as pessoas que os procuram e que apresentam sintomas não associados a anormalidades orgânicas. **Isto o levará ao abandono de comportamentos muito comuns na cultura profissional médica de aplicar rótulos pejorativos a estas pessoas, o que claramente expressa atitude de rejeição facilmente detectável pelos pacientes.**

O médico deve, ainda, oferecer um mínimo de disponibilidade para o paciente e recebê-lo sempre que possível, para prover a atenção devida às necessidades individuais de cada caso. Isto, infelizmente, nem sempre é factível, dadas as condições de organização do trabalho médico em nosso país, bem como às expectativas irreais que muitos pacientes apresentam.

Tratamento medicamentoso

Dispõe-se, atualmente, de drogas variadas para as diferentes condições funcionais. Muitos destes medicamentos têm comprovação de resultados significativamente superiores

aos do placebo em ensaios controlados. No entanto, o uso dos diferentes agentes medicamentosos tem, muitas vezes, caráter empírico, pelo desconhecimento dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes aos sintomas. Interessante mencionar que, na DF e na SII, a administração de placebo pode associar-se a cerca de 50% de respostas favoráveis, o que coloca em evidência a importância das medidas gerais e, sobretudo, o papel terapêutico do próprio médico.

Dispepsia funcional

O tratamento farmacológico desta condição parece ser mais eficaz se for dirigido ao sintoma predominante. Na dispepsia tipo **dor abdominal**, recomenda-se iniciar o tratamento com agentes antissecretórios, como os inibidores da bomba de prótons ou os antagonistas dos receptores histamínicos H₂. Nos casos com **plenitude** predominante, a primeira opção deve recair nas drogas pró-cinéticas, como a domperidona. Nos casos que também apresentem náusea, o tratamento pode ser feito com metoclopramida. Ressalte-se, porém, que esta droga pode ocasionar um número de efeitos colaterais, como sonolência ou tonturas, decorrentes da sua ação no Sistema Nervoso Central. Nos casos com ambos os sintomas, justifica-se uma abordagem por tentativas, iniciando com antissecretórios e, eventualmente, alternando para pró-cinéticos, caso não haja resposta favorável, ou vice-versa. Nesses casos, pode ser necessária a combinação de drogas antissecretórias e pró-cinéticas. Eventualmente, casos com dor abdominal que não se beneficiam muito com o uso de antissecretório podem melhorar com a associação de agente pró-cinético. Do mesmo modo, pacientes com sintoma predominante de plenitude pós-prandial, que não apresentem melhora muito expressiva com o uso de droga pró-cinética, podem se beneficiar da associação daquela com agentes antissecretórios. Nos pacientes em que se comprovar a infecção pelo *Helicobacter pylori*, é recomendado o tratamento de erradicação com antibióticos, muito embora as evidências de associação causal dessa infecção com os sintomas dispépticos funcionais seja bastante discutível. Além disso, a melhora ou resolução do quadro acontece usualmente em proporção muito pequena dos casos tratados, usualmente em pacientes com dor epigástrica como sintoma predominante.

Síndrome do intestino irritável

Como na dispepsia funcional, recomenda-se que o tratamento medicamentoso para a SII seja voltado para o sintoma predominante. Nos casos em que preponderam as queixas de **dor ou desconforto abdominais**, está indicado o emprego de drogas anticolinérgicas de efeito antiespasmódico, como a hioscina, a trimebutina ou o brometo de pinavério. Quando há **constipação** predominante, usam-se os laxativos osmóticos (hidróxido de magnésio ou

lactulose) ou de contato (óleo mineral). Nos pacientes com **diarréia**, o tratamento é feito com medicamentos constipantes, como a loperamida.

Em todos os casos, com a possível **exceção** daqueles com distensão abdominal predominante, pode ser tentado o uso de uma fonte de fibras naturais (por exemplo, o farelo de trigo), acrescidas aos alimentos, com o objetivo de corrigir as eventuais alterações do hábito intestinal.

Casos refratários

A refratariedade ao tratamento nas condições funcionais caracteriza-se por: a) falta absoluta de resposta favorável à abordagem terapêutica inicial; b) resposta positiva ao tratamento, mas de intensidade insuficiente ou apenas parcial, e c) recidiva precoce dos sintomas, após melhora inicial com terapêutica adotada. Nestas circunstâncias, o médico deve entabular revisão cuidadosa do quadro clínico e do próprio diagnóstico efetuado, ressaltando-se que a ausência de melhora com tratamento empírico, ou a recidiva precoce, constituem indicações de investigação mais extensiva.

Descartada definitivamente uma causa orgânica para os sintomas, uma segunda linha de abordagem medicamentosa é a integrada pelas **drogas antidepressivas em pequenas doses**, que funcionam, possivelmente, como redutoras ou modificadoras da sensibilidade visceral (“efeito antinociceptivo”). Neste grupo, os medicamentos com os quais se dispõe de maior experiência clínica é o dos antidepressivos tricíclicos, que devem ser usados em doses muito menores (25-50 mg/dia) que as preconizadas no tratamento das depressões. Há indícios de que os antidepressivos tricíclicos, em especial a amitriptilina, possam ser mais eficazes que placebo em promover alívio dos sintomas e melhora clínica geral do paciente.

Em muitos casos de refratariedade, associam-se transtornos psicoemocionais mais bem definidos ou mais graves, como a depressão, a ansiedade, o elevado grau de neuroticismo e os distúrbios da personalidade. São estes os casos em que os pacientes podem se beneficiar de **tratamento psicológico** ou **psiquiátrico** adjuvante específico, sobretudo os de base cognitivo-comportamental. Muitos destes casos podem demandar **psicofarmacoterapia**, usualmente com ansiolíticos ou antidepressivos. Para o sucesso terapêutico, é essencial que os pacientes estejam dispostos e motivados para fazer este tipo de tratamento, com profissional que tenha formação adequada para lidar com pacientes que tenham uma destas condições digestivas funcionais.

Ressalte-se, por fim, que a resposta favorável ao tratamento de casos mais refratários de distúrbios funcionais do aparelho digestivo parece depender em grande parte do papel do médico. Ele é responsável pela manutenção de relação empática e efetiva com o paciente, pelo

estabelecimento de objetivos realistas, pela orientação do paciente sobre a natureza da sua doença e pela educação do mesmo para o convívio com os seus sintomas.

QUADRO 1 - Espectro das condições funcionais do aparelho digestivo

A. Distúrbios funcionais esofágicos

- A1. *Globus*
- A2. Síndrome de ruminação
- A3. Dor torácica de presumível origem esofágica
- A4. Pirose funcional
- A5. Disfagia funcional
- A6. Doença funcional esofágica inespecífica

B. Distúrbios funcionais gastroduodenais

- B1. Dispepsia funcional
- B2. Aerofagia
- B3. Vômitos funcionais

C. Condições funcionais intestinais

- C1. Síndrome do intestino irritável
- C2. Distensão abdominal funcional
- C3. Constipação intestinal funcional
- C4. Diarréia funcional
- C5. Doença funcional intestinal inespecífica

D. Dor abdominal funcional

E. Distúrbios funcionais das vias biliares

- E1. Disfunção da vesícula biliar
- E2. Disfunção do esfíncter de Oddi

F. Distúrbios funcionais anorretais

- F1. Incontinência fecal funcional
- F2. Dor anorretal funcional
- F3. Dissinergia do assoalho pélvico

G. Condições funcionais pediátricas

QUADRO 2 - Indicações genéricas de investigação em pacientes com suspeita de condições funcionais digestivas

- . Idade superior a 45 anos
 - . sintomas de início recente
 - . mudança em padrão conhecido de sintomas
 - . disfagia, vômitos incoercíveis, sangramento digestivo
 - . anorexia importante
 - . perda de peso
 - . uso imoderado de álcool
 - . uso de anti-inflamatórios
 - . história familiar de doenças orgânicas semelhantes
 - . história familiar de câncer
 - . alterações relevantes ao exame físico
 - . resposta pobre ou ausente a tratamento empírico
 - . recidiva precoce, após melhora inicial com tratamento
-