



Guías de Diagnósticos



Seminário Grandes Síndromes

TEMA: DISPEPSIA

Residente: Paloma Porto

Preceptor: Dr. Fortunato Cardoso



DEFINIÇÃO

De acordo com os critérios de Roma III, dispepsia é definida por 1 ou mais dos seguintes sintomas:

- Plenitude pós prandial
- Saciedade precoce
- Dor ou queimação epigástrica



EPIDEMIOLOGIA

Ocorre em 25% da população a cada ano, mas a maioria das pessoas não procura assistência médica.

Não afeta a sobrevivência, mas afeta significativamente a qualidade de vida.



ETIOLOGIA

Aproximadamente 25% dos pacientes com dispepsia tem uma causa orgânica subjacente e até 75% é de causa funcional (idiopática).



Dispepsia por causa orgânica, as principais são:

- Doença ulcerosa péptica
- DRGE
- Câncer gastroesofágico
- AINE



Differential diagnosis of dyspepsia

Diagnosis

Functional dyspepsia (up to 60 percent)

Dyspepsia caused by structural or biochemical disease

Peptic ulcer disease

Gastroesophageal reflux disease (GERD)

Biliary pain

Chronic abdominal wall pain

Gastric or esophageal cancer

Gastroparesis

Pancreatitis

Carbohydrate malabsorption

Medications (including potassium supplements, digitalis, iron, theophylline, oral antibiotics [especially ampicillin and erythromycin], NSAIDs, glucocorticoids, niacin, gemfibrozil, narcotics, colchicine, quinidine, estrogens, levodopa)

Infiltrative diseases of the stomach (eg, Crohn disease, sarcoidosis)

Metabolic disturbances (hypercalcemia, hyperkalemia)

Hepatocellular carcinoma

Ischemic bowel disease, celiac artery compression syndrome, superior mesenteric artery syndrome

Systemic disorders (diabetes mellitus, thyroid and parathyroid disorders, connective tissue disease)

Intestinal parasites (Giardia, Strongyloides)

Abdominal cancer, especially pancreatic cancer



- Doença ulcerosa péptica: dor ou desconforto em epigástrio. Outros sintomas associados podem ser eructações pós-prandiais, plenitude gástrica, saciedade precoce, intolerância a alimentos gordurosos, náuseas e vômitos associados. A dor é relacionada com o momento da refeição.
- DRGE: suspeitada quando os sintomas de queimação retroesternal e regurgitação acompanhar as queixas de dispepsia.



- Câncer: dor abdominal tende a ser epigástrica, vaga e suave no início da doença se tornando mais severa e constante a medida que a doença progride. Associado a outros sintomas como anemia, fadiga, perda de peso e etc.
- Induzida por drogas: AINE e inibidores seletivos da COX-2 podem causar dispepsia mesmo na ausência de doença ulcerosa péptica.



Dispepsia funcional ou idiopática:

Definida pela presença de :

- Plenitude pós prandial, saciedade precoce, dor ou queimor epigástrico e sem evidencia de doença estrutural que explique os sintomas
- Esses critérios devem estar presentes nos últimos 3 meses e com inicio dos sintomas pelo menos 6 meses
- A fisiopatologia não está bem elucidada. São 4 fatores propostos, que não se excluem: disfunção motora gástrica, hiperalgesia funcional, infecção por H. pylori e fatores psicossociais
- É diagnóstico de exclusão



AVALIAÇÃO INICIAL

História clínica, exame físico e avaliação laboratorial.

O objetivo mais importante da avaliação inicial é identificar os sinais de alarme para malignidades gastroesofágicas.



Alarm features in dyspepsia

Age older than 55 years with new-onset dyspepsia

Family history of upper gastrointestinal cancer

Unintended weight loss

Gastrointestinal bleeding

Progressive dysphagia

Odynophagia

Unexplained iron deficiency anemia

Persistent vomiting

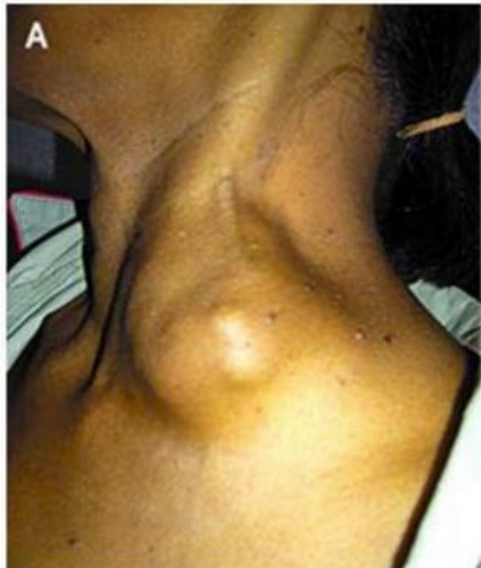
Palpable mass or lymphadenopathy

Jaundice



- História detalhada
- Exame físico: na maioria das vezes é normal.
- No diagnóstico diferencial, avaliar a existência de dor a palpação abdominal, massa palpável, linfadenomegalias, icterícia, palidez, ascite...





Virchow



Irish



Sister Mary-Joseph



MANEJO INICIAL

- Vai depender da presença ou não de sinais de alarme, idade do paciente e prevalência local do *H. pylori*.



Pacientes com sinais de alarme ou idade $>$ ou igual a 45 anos:

- EDA com biópsia do estômago para descartar *H. pylori*
- Os pacientes com *H. pylori* devem receber terapêutica de erradicação além de tratamento com base no diagnóstico subjacente



Tabela 4 – Indicações para tratamento da infecção em pacientes *Hp*-positivos

1. Úlcera gástrica e/ou duodenal passada ou presente com ou sem complicações
2. Após ressecção de câncer gástrico
3. Linfoma MALT gástrico (Tecido Linfóide Associado à Mucosa)
4. Gastrite atrófica
5. Dispepsia
6. Pacientes com parentes de primeiro grau com câncer gástrico
7. Desejo do paciente

Obs: dispepsia não é indicação de tratar *H. pylori*

Fonte: WGO Practice Guidelines : *Helicobacter pylori* nos países em desenvolvimento

http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/helicobacter_pylori_developing_countries_pt.pdf



Pacientes sem sinais de alarme e idade < que 45 anos:

- teste para detectar *H. pylori* e tratamento antissecretório empírico com IBP



Tabela 2 – Testes diagnósticos para *Helicobacter pylori*

Testes com endoscopia	<ul style="list-style-type: none">• Teste rápido de urease (PRU)• Histologia• Cultura*• Fluorescência hibridização <i>in-situ</i> (FISH)• Estratégia molecular: reação em cadeia da polimerase (PCR)
Testes sem endoscopia	<ul style="list-style-type: none">• Teste de antígeno fecal (SAT por sua sigla em inglês)**• Teste sorológico da ponta do dedo• Sorologia de sangue total***• Teste respiratório com ureia marcada com C¹³• Teste respiratório com ureia marcada com C¹⁴

* A cultura pode não ser prática em todos os países; as opções de tratamento com frequência são baseadas no conhecimento existente sobre os padrões de resistência

** Apesar de ser um bom teste, o teste de antígeno fecal pode ser subutilizado devido a seus altos custos no Paquistão e alguns países/regiões

*** Em áreas de alta prevalência, talvez seja difícil definir os limites de corte sorológicos para diferenciar a infecção ativa da infecção de fundo



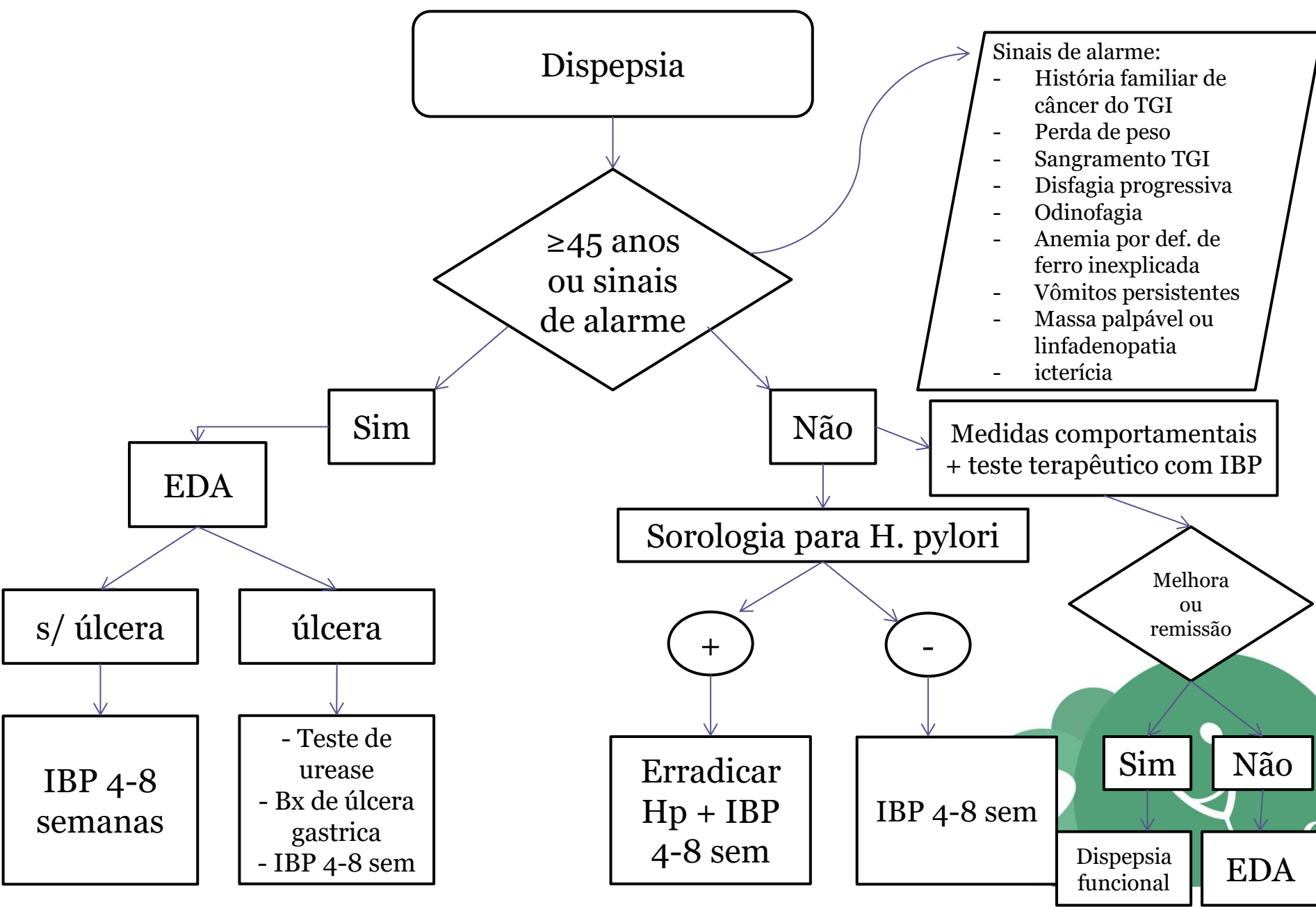
- Pacientes com teste positivo devem receber o tratamento para erradicação do *H. pylori*, porém a maioria vai persistir com sintomas dispépticos a despeito do tratamento apropriado
- Estes pacientes devem receber terapia com IBP por 4 a 8 semanas. Se ainda persistir com sintomas, avaliação adicional deverá ser realizada (EDA), podendo ser encaixado nos seguintes grupos: infecção persistente por *H. pylori*, diagnóstico alternativo e dispepsia funcional



Se EDA normal, a depender dos sintomas podem ser solicitados outros exames:

- USG de abdome total: cólica biliar
- Estudo de esvaziamento gástrico: pacientes com náuseas e vômitos persistentes e em pacientes com fatores de risco para atraso do esvaziamento gástrico (por exemplo , diabetes mellitus)
- Colonoscopia: doença inflamatória intestinal
- Tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) com angiografia: isquemia intestinal crônica em pacientes com doença vascular periférica grave
- Sintomas sugestivos de distúrbio de ansiedade ou pânico devem ser procurados





Dispepsia

≥45 anos
ou sinais
de alarme

Sim

EDA

s/ úlcera

IBP 4-8
semanas

úlcera

- Teste de urease
- Bx de úlcera gástrica
- IBP 4-8 sem

Não

Medidas comportamentais
+ teste terapêutico com IBP

Sorologia para H. pylori

+

Erradicar
Hp + IBP
4-8 sem

-

IBP 4-8 sem

Melhora
ou
remissão

Sim

Dispepsia
funcional

Não

EDA

- Sinais de alarme:
- História familiar de câncer do TGI
 - Perda de peso
 - Sangramento TGI
 - Disfagia progressiva
 - Odinofagia
 - Anemia por def. de ferro inexplicada
 - Vômitos persistentes
 - Massa palpável ou linfadenopatia
 - icterícia

- H. Pylori negativo
- EDA normal
- Falha no teste terapêutico



1. Re-avaliar os sintomas e diagnósticos
2. Considerar outros sítios de dor abdominal: pâncreas, colon, trato biliar
3. O paciente tem o esvaziamento gástrico retardado?
4. O paciente tem SII?
5. O paciente tem Sd. do pânico ou outros distúrbios psiquiátricos?



Sintomas persistentes sem causa estabelecida.
Considerar: antidepressivos, terapia hipnótica,
terapia comportamental e agentes pró-cinéticos



Av. Portugal, 163 - Paissandu, Recife-PE

+55 (81) 3416.1090 | +55 (81) 3221.3468 | +55 (81) 97327.2237

