

DISPEPSIA FUNCIONAL

Autor(es): Liliana Jesus, Patrícia Costa, Sara Ribeiro, Ana Oliveira, Cláudia Rosa

Local de Trabalho: USF Terras de Santa Maria - ACeS Entre Douro e Vouga I, USF Vil'Alva - ACeS Grande Porto I, USF Vimaranes - ACeS Alto Ave, USF Barrinha - ACeS Baixo Vouga, Centro de Saúde do Caniço - ACeS RAM.

A dispepsia funcional corresponde à maioria dos casos de dispepsia observados na prática clínica.

Cerca de 80% dos indivíduos com dispepsia são diagnosticados com dispepsia funcional após a realização de estudo endoscópico.

Critérios de diagnóstico

A dispepsia funcional é definida segundo os critérios de diagnóstico de Roma IV (Tabela 1) e pode classificar-se em dois subtipos distintos (Tabela 2): síndrome de desconforto pós-prandial (SDP) e síndrome de dor epigástrica.

Tabela 1. Critérios de diagnóstico de dispepsia funcional - Roma IV

Um ou mais dos seguintes:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor epigástrica ▪ Ardor epigástrico ▪ Enfartamento pós-prandial ▪ Saciedade precoce ▪ Início de sintomas, pelo menos, nos 6 meses prévios ao diagnóstico ▪ Sintomas presentes nos últimos 3 meses ▪ Ausência de doença estrutural (incluindo a endoscopia digestiva alta) susceptível de explicar os sintomas

Na prática clínica, a duração restritiva dos sintomas requerida pelos Critérios de Roma IV limita a sua aplicabilidade, devendo ser aplicados critérios menos restritivos que requerem apenas que os sintomas cardinais estejam presentes há, pelo menos, 8 semanas.

Tabela 2. Critérios de diagnóstico dos subtipos de dispepsia funcional

Síndrome de dor epigástrica (SDE)	Síndrome de desconforto pós-prandial (SDP)
<p>Um ou ambos os seguintes por, pelo menos, 1 dia por semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor epigástrica (com impacto nas atividades diárias, AD) ▪ Ardor epigástrico (com impacto nas AD) 	<p>Um ou ambos os seguintes por, pelo menos, 3 dias por semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfartamento pós-prandial (com impacto nas AD) ▪ Saciedade precoce (com gravidade que impede a ingestão de uma refeição regular)

Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71(9):1697-1723.

<p>Critérios que suportam o diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor induzida ou aliviada pela refeição ou que surge em jejum. 2. Distensão abdominal, eructações e náuseas pós-prandiais também podem estar presentes. 3. A presença de vômitos persistentes deve sugerir outro diagnóstico. 4. Azia embora não seja um sintoma dispéptico, pode coexistir. 5. Dor que não é típica de dor biliar. 6. Sintomas aliviados pela defecação não devem ser considerados como parte da dispepsia. 7. Outros sintomas digestivos (p.e. DRGE e SII) podem coexistir. 	<p>Critérios que suportam o diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dor ou ardor epigástrico pós-prandial, distensão abdominal, eructações e náuseas podem estar presentes. 2. A presença de vômitos deve sugerir outro diagnóstico. 3. Azia embora não seja um sintoma dispéptico, pode coexistir. 4. Sintomas aliviados pela defecação não devem ser considerados como parte da dispepsia. 5. Outros sintomas digestivos (p.e. DRGE e SII) podem coexistir.
---	--

Assim, na ausência de sintomas ou sinais de alarme do trato gastrointestinal superior (Tabela 3), deve diagnosticar-se dispepsia funcional na presença de dor ou ardor epigástricos incómodos, saciedade precoce e/ou enfartamento pós-prandial de duração superior a 8 semanas.

Tabela 3. Sintomas e sinais de alarme do trato gastrointestinal superior

<p>Critérios de referência para endoscopia urgente para avaliação de cancro gastro-esofágico</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indivíduos de qualquer idade com disfagia ▪ Indivíduos com ≥ 55 anos com perda ponderal e qualquer um dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispepsia ▪ Dor nos quadrantes superiores do abdómen ▪ Refluxo
<p>Critérios de referência para endoscopia não urgente para avaliação de cancro gastro-esofágico</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indivíduos com hematemese ▪ Indivíduos com ≥ 55 anos com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispepsia refractária ▪ Dispepsia associada a trombocitose ou náuseas ou vômitos ▪ Dor nos quadrantes superiores do abdómen associada a anemia, trombocitose ou náuseas ou vômitos ▪ Refluxo associado a trombocitose ou náuseas ou vômitos ▪ Náuseas ou vômitos associados a qualquer um dos seguintes: perda ponderal, refluxo, dispepsia ou dor abdominal superior

Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71(9):1697–1723.

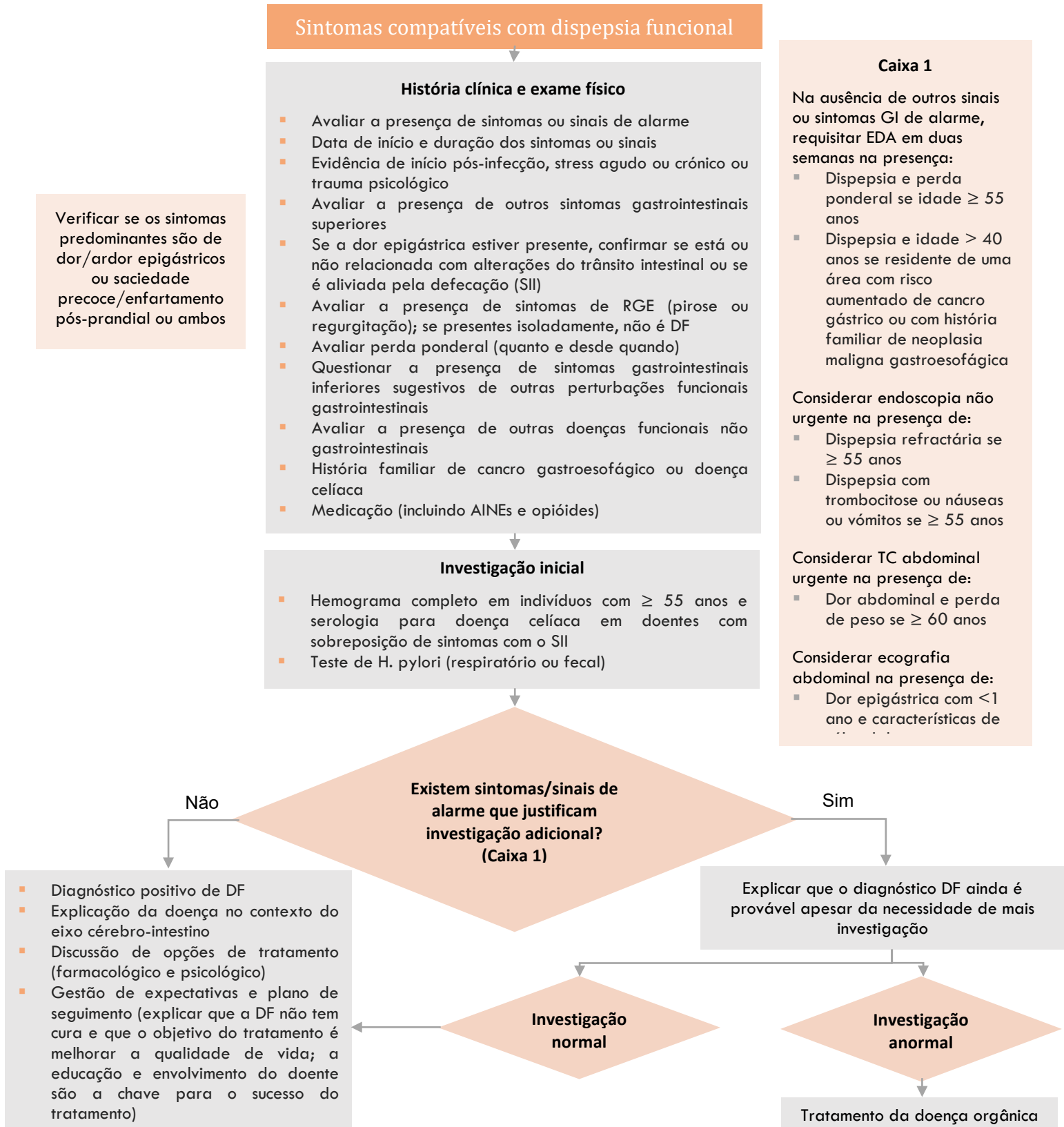


Figura 1. Algoritmo diagnóstico da dispepsia funcional. DF, dispepsia funcional; EDA, endoscopia digestiva alta; RGE, refluxo gastro-esofágico; SII, síndrome do intestino irritável; TC, tomografia computadorizada.

Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71(9):1697–1723.

Abordagem à dispepsia nos Cuidados de Saúde Primários

O primeiro passo na abordagem à dispepsia é a exclusão de neoplasia gastroesofágica, através da avaliação da presença de sintomas e sinais de alarme.

Deve ser realizado um hemograma completo em doentes com idade ≥ 55 anos. O rastreio de doença celíaca não é recomendado por rotina; no entanto, deve ser realizado em doentes com sobreposição de dispepsia e sintomas de SII, uma vez que estes últimos têm um risco acrescido de doença celíaca.

Cerca de 5% da dispepsia é atribuída à *Helicobacter pylori*. Assim, recomenda-se a realização de testes não invasivos para *Helicobacter pylori* ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e tratamento de acordo com o resultado de todos os doentes com dispepsia.

20% dos doentes com dispepsia apresentam uma úlcera péptica ou esofagite erosiva; nestes casos, deve realizar-se, empiricamente, terapêutica de supressão ácida.

A endoscopia imediata não é necessária na maioria dos casos e deve ser reservada para doentes com outros fatores de risco. Desta forma, de acordo com os fatores de risco, deverá proceder-se de acordo com a Tabela 4. Os testes de esvaziamento gástrico e a pHmetria de 24 horas não devem ser realizados de forma rotineira nos doentes com sintomas típicos de dispepsia funcional.

Tabela 4. Algoritmo de abordagem à dispepsia. TC, tomografia computadorizada.

Realizar	Crítérios
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> Idade ≥ 55 anos + dispepsia + síndrome do intestino irritável (por risco aumentado de doença celíaca)
Endoscopia digestiva alta urgente	<ul style="list-style-type: none"> Idade ≥ 55 anos + dispepsia + perda ponderal Idade > 40 anos + afro-americanos, latino-americanos ou oriundos do sudeste asiático + história familiar de cancro gástrico
Endoscopia digestiva alta não urgente	<ul style="list-style-type: none"> Idade ≥ 55 anos + dispepsia resistente ao tratamento (com ou sem trombocitose, náuseas ou vómitos)
TC abdominal urgente	<ul style="list-style-type: none"> Idade ≥ 60 anos + dor abdominal + perda ponderal (para exclusão de cancro do pâncreas)
Teste de <i>H. pylori</i> não invasivo	<ul style="list-style-type: none"> Todos com dispepsia (se infectados, instituir tratamento de erradicação de <i>H. pylori</i>)
Confirmação de erradicação de <i>H. pylori</i>	<ul style="list-style-type: none"> Apenas se risco aumentado de cancro gástrico
Terapêutica empírica de supressão ácida	<ul style="list-style-type: none"> Todos com sintomas e sem infeção por <i>H. pylori</i>

Nas situações de dúvida diagnóstica, na presença de sintomas graves ou refratários aos tratamentos de 1ª linha e/ou de acordo com a preferência do doente deve ponderar-se a referenciação a consulta hospitalar de Gastrenterologia.

Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71(9):1697–1723.

Tratamento da dispepsia funcional

Apesar de pouca evidência que modificações do estilo de vida levem a melhoria sintomática, um ensaio clínico aleatorizado recente demonstrou uma melhoria sintomática significativa nos doentes que praticavam exercício físico aeróbico, em adição às terapêuticas convencionais.

Terapêuticas de 1ª linha

Devem ser utilizadas em doentes com teste prévio para *H. pylori*, teste negativo ou teste positivo sem resposta sintomática à terapêutica de erradicação.

Não existe evidência suficiente para recomendar terapêuticas dietéticas, como dieta pobre em oligossacarídeos fermentáveis, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis em doentes com dispepsia funcional. Os **antagonistas dos receptores H2 da histamina** podem ser um tratamento eficaz para a DF e são, geralmente, bem tolerados. Os **inibidores da bomba de prótons** são um tratamento eficaz para a DF, sem dose mínima para resposta; assim, deve ser usada a dose mais baixa que permita o controlo dos sintomas; estes fármacos são, igualmente, bem tolerados.

Na ausência de melhoria sintomática, devem optar-se por terapêuticas de segunda linha.

Terapêuticas de 2ª linha

Os **antidepressivos tricíclicos** utilizados como neuromoduladores do eixo cérebro-intestino são um tratamento eficaz de segunda linha para a DF. Devem ser iniciados em dose baixa (10 mg de amitriptilina uma vez por dia) e titulados lentamente até um máximo de 30-50 mg por dia.

Os **antipsicóticos**, como a sulpirida, na dose de 100 mg, quatro vezes por dia, podem ser eficazes como tratamento de segunda linha para a DF.

Não existe evidência de que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (SSRI) e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (SNRI), utilizados como neuromoduladores do eixo cérebro-intestino, sejam fármacos eficazes de segunda linha para o controlo dos sintomas da DF.

A pregabalina, na dose de 75 mg, uma vez por dia pode ser um tratamento de segunda linha eficaz para a DF, assim como a mirtazapina, na dose de 15 mg, uma vez por dia, para os doentes com DF associada a saciedade precoce e perda ponderal. A evidência para estes, contudo, é limitada.

Terapêuticas de 3ª linha

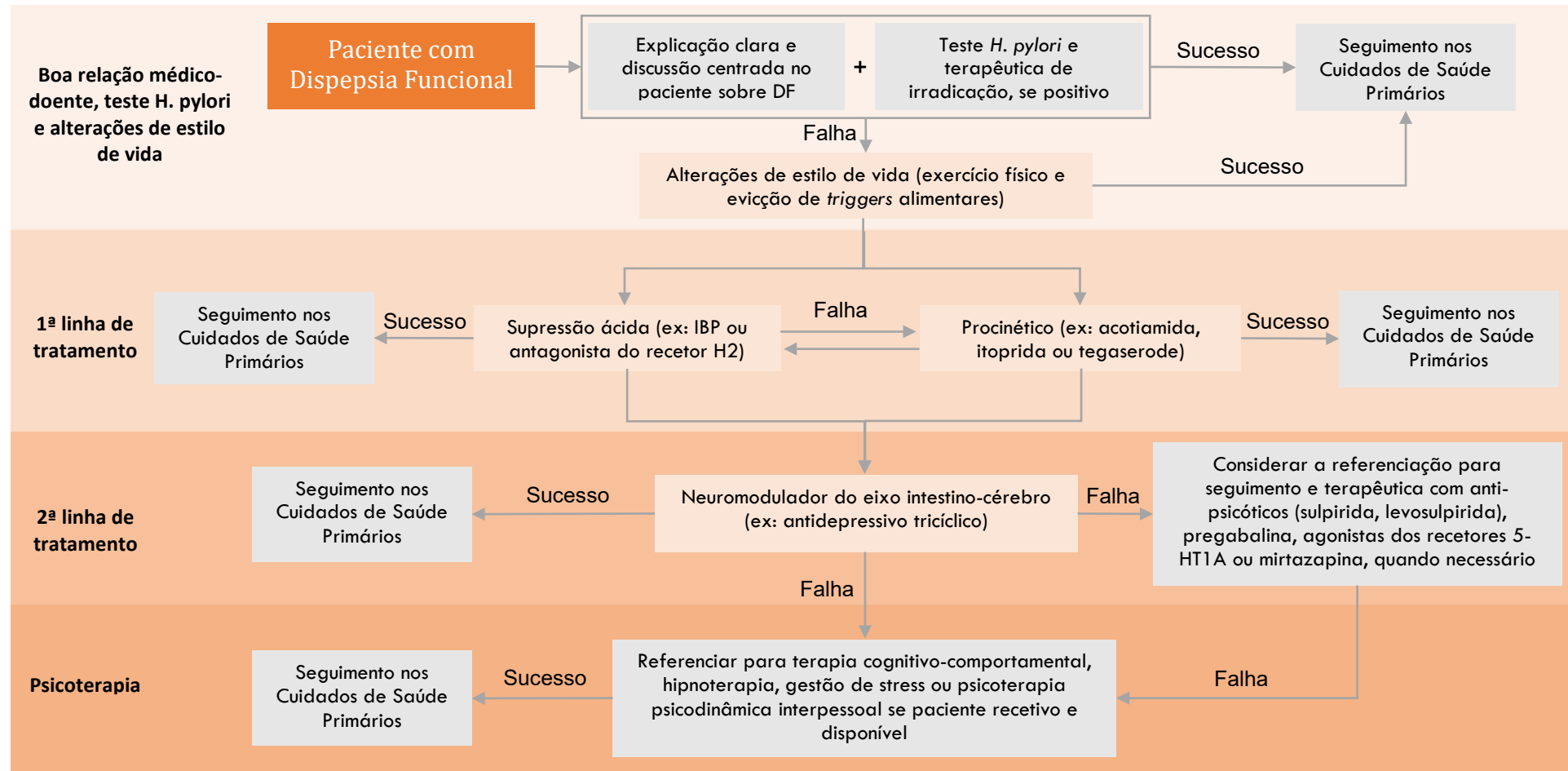
Entre as terapêuticas de 3ª linha podem incluir-se:

- Equipa de apoio multidisciplinar para doentes com DF grave ou refratária;
- Eviscção de opióides e cirurgia em doentes com DF grave ou refratária para minimizar a iatrogenia;
- Rastreio de distúrbios alimentares nos doentes com DF grave ou refratária que apresentem perda de peso e restrição alimentar;
- Envolvimento precoce de nutricionista no acompanhamento de doentes com DF grave ou refratária para evitar uma dieta demasiado restritiva.

Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut* 2022;71(9):1697–1723.

Figura 2. Algoritmo de abordagem terapêutica na dispepsia funcional. DF, dispepsia funcional; IBP, inibidor da bomba de prótons.



Bibliografia:

Black CJ, Paine PA, Agrawal A, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. Gut 2022;71(9):1697–1723.