

Compreender a dispepsia

SUSANA CASTRO MARQUES*

RESUMO

Introdução: A dispepsia define-se como dor ou desconforto persistente ou recorrente nos quadrantes superiores do abdómen, que podem ou não estar relacionados com as refeições.

Objectivos: Apresentar uma revisão actualizada e sistematizada sobre a dispepsia, com particular destaque para a dispepsia funcional, numa perspectiva direccionada para os especialistas de Medicina Geral e Familiar.

Métodos: Efectuou-se uma revisão bibliográfica baseada na consulta de manuais e publicações periódicas de referência nesta área e na pesquisa de artigos publicados na base de dados Medline desde 1995.

Corpo da revisão: São abordadas as definições de dispepsia e dispepsia funcional, o seu enquadramento epidemiológico e os aspectos etiológicos e fisiopatológicos mais importantes. Delineia-se uma proposta de abordagem diagnóstica e terapêutica da dispepsia, salientando-se o papel do Médico de Família no seguimento destes doentes. Finalmente enunciam-se os critérios de referência para os Cuidados de Saúde Secundários e discute-se o prognóstico desta entidade nosológica.

Conclusões: A dispepsia é um problema de saúde comum na prática clínica do Médico de Família (responsável por 2-5% das consultas de Medicina Geral e Familiar), sendo portanto imprescindível a sua permanente actualização em relação aos sucessivos desenvolvimentos referentes aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos e abordagem diagnóstica e terapêutica.

Palavras-Chave: Dispepsia; Dispepsia Funcional; Abordagem; Médico de Família

INTRODUÇÃO

A dispepsia constitui um problema de saúde comum, quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer ao nível dos Centros de referência. O Médico de Família pode e deve desempenhar um papel fulcral na avaliação destes doentes no seu contexto bio-psico-social, na criteriosa selecção de exames complementares de diagnóstico a requisitar em cada caso, e na instituição de terapêutica e programa de seguimento individualizados.

Este trabalho tem como objectivo principal efectuar uma revisão sobre os aspectos conceptuais, epidemiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e da abordagem da dispepsia e seu

prognóstico, com particular destaque para a problemática da dispepsia funcional.

MÉTODOS

Procedeu-se à pesquisa bibliográfica de artigos nacionais e internacionais na base de dados Medline entre os anos 1995 e 2002 (mês de Janeiro), através da introdução das palavras-chave «*Dyspepsia*» e «*Functional dyspepsia*». Recorreu-se igualmente à consulta de monografias e publicações periódicas de referência na área da Gastrenterologia publicadas entre os anos de 1995 e 2001 (mês de Dezembro).

CORPO DA REVISÃO

Definição

O termo dispepsia deriva etimologi-

camente de dois elementos de origem grega – *dys* e *peptein* – que significam «má digestão»¹. Contudo, actualmente, é consensual que os termos indigestão e dispepsia não devem ser utilizados como sinónimos¹.

A definição de dispepsia tem evoluído ao longo do tempo. Actualmente, define-se como dor ou desconforto persistente ou recorrente nos quadrantes superiores do abdómen, que podem ou não estar relacionados com as refeições^{2,3}.

Quando na sequência da investigação etiológica se encontra uma lesão estrutural que justifique a sintomatologia dispéptica do doente estamos perante uma dispepsia orgânica.

A dispepsia funcional define-se como uma dor ou desconforto crónico ou recorrente, localizado ao abdómen superior, com uma duração superior a um mês, e com a presença de sintomatologia em mais de 25%

*Interna do 2º ano do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar Centro de Saúde de Odivelas – Extensão Olai

desse tempo, na ausência de uma etiologia identificável após uma pesquisa diagnóstica correcta^{3,4}. O termo disfuncional só é utilizado quando se comprova a ausência de sintomas/sinais de alarme, alterações hematológicas e bioquímicas e sinais endoscópicos ou ecográficos que expliquem uma patologia orgânica. Mesmo quando se observam lesões estruturais (exemplo: gastrite histológica), o diagnóstico de dispepsia funcional é correcto quando não existe evidência suficiente de ligação causal entre a anomalia detectada e os sintomas⁵. Mais recentemente, a definição de dispepsia funcional foi modificada pelo «ROME Working Team of Functional Gastrointestinal Disorders», sendo actualmente definida como dor abdominal ou desconforto referido ao abdómen superior, excluindo os sintomas de refluxo gastroesofágico e a dispepsia tipo refluxo¹.

Epidemiologia

A dispepsia é um problema de saúde frequente na população em geral, com uma prevalência de 19-41% na maioria dos países industrializados⁶ e com uma incidência anual de cerca de 1%¹. Entre os factores apontados como responsáveis pela variabilidade da prevalência da dispepsia entre diferentes regiões geográficas destacam-se a variabilidade da infecção pelo *Helicobacter pylori*, os critérios de diagnóstico e a metodologia utilizada para a avaliação da sintomatologia⁵.

Estima-se que um Médico de Família observe mensalmente 10-15 doentes com queixas dispépticas⁶. Os sintomas dispépticos são responsáveis por 2-5% das consultas de Medicina Geral e Familiar (sendo 1/3 destes doentes eventualmente referenciados a uma consulta de Gastrenterologia) e 20-40% das con-

sultas de Gastrenterologia⁷. No estudo de José Guilherme Jordão⁸ a úlcera duodenal e as alterações funcionais do estômago/gastrite ocupam respectivamente a 16^a e a 17^a posições na lista dos 20 principais problemas de saúde em Clínica Geral/Medicina Familiar, com frequências absolutas de 1,22% e 1,20%.

Os factores que influenciam e condicionam o recurso dos doentes com dispepsia aos serviços de saúde não estão ainda totalmente definidos. Para além da intensidade dos sintomas, também a preocupação e receio, expressos ou não expressos, que os doentes sentem em relação à possível existência de uma patologia grave subjacente são responsáveis pela maior frequência de consultas. Dentro do complexo campo da valorização individual dos sintomas destacam-se as experiências anteriores vividas pelo próprio ou por familiares ou conhecidos dos doentes, as suas crenças e o seu perfil psicológico. Em diversos estudos os doentes com dispepsia funcional obtiveram pontuações elevadas em escalas que avaliam a ansiedade e as neuroses^{9,10}.

Etiologia

A doença ulcerosa péptica, o refluxo gastroesofágico (com ou sem esofagite) e a neoplasia gástrica constituem as três entidades *major* responsáveis pela sintomatologia dispéptica^{11,12}.

A doença ulcerosa péptica é a etiologia mais importante de dispepsia a considerar, em consequência da sua prevalência e da existência de terapêutica curativa. Infelizmente o tipo/padrão clínico da sintomatologia não permite uma distinção clara entre esta entidade e a dispepsia funcional.

Uma associação de epigastralgia ou de dor nos quadrantes superi-

ores do abdómen com sintomas de refluxo ocorre frequentemente nos doentes com refluxo gastroesofágico, mesmo sem se observar evidência macroscópica de esofagite na endoscopia digestiva alta. Alguns destes doentes são erradamente classificados como tendo uma dispepsia funcional^{2,4,13}. É actualmente aceite que a existência de pirose como sintoma dominante sugere fortemente a presença de doença do refluxo gastroesofágico^{4,14}.

Nos indivíduos com idade inferior a 55 anos a neoplasia gástrica e outras neoplasias são etiologias raras de dispepsia (correspondendo a menos de 1% dos casos)¹⁵. É importante salientar a importância de um elevado índice de suspeição para o estabelecimento de um diagnóstico precoce de neoplasia gástrica, uma vez que quando os doentes referem os clássicos sintomas e sinais de alarme a neoplasia está geralmente numa fase avançada, tratando-se de situações com mau prognóstico. A incidência do cancro gástrico parece estar a diminuir em alguns países ocidentais, muito provavelmente em consequência do decréscimo da prevalência do *Helicobacter pylori*, do controlo de qualidade dos alimentos e sua mais cuidada confeção, e da suplementação dietética com vegetais e frutas frescas^{16,17,18}.

Contudo, embora menos frequentes, muitas outras causas de dispepsia devem ser recordadas e, se necessário, investigadas^{1,19} (Ver Quadro I).

A dispepsia funcional, um diagnóstico de exclusão, é responsável por cerca de 50-60% dos casos de dispepsia²⁰.

Classificação da dispepsia funcional

Os doentes com dispepsia funcional podem referir um largo espectro de

QUADRO I

POSSÍVEIS CAUSAS DE DISPEPSIA^{1,19}**A) Patologia do foro gastrointestinal**

- Comum: Úlcera duodenal/Úlcera gástrica
Doença do refluxo gastroesofágico
- Incomum: Doença do tracto biliar
(litíase vesicular, disquinésia biliar)
Pancreatite crónica
- Raro: Neoplasia do estômago, pâncreas ou
cólon
Outras doenças infiltrativas do estômago
Síndromes de má-absorção
Vasculopatias

B) Fármacos

Anti-inflamatórios não esteróides
Antibióticos
Teofilina
Digitálicos
Suplementação com potássio
Suplementação com ferro

C) Outras Causas

Álcool
Diabetes mellitus
Hipertiroidismo ou hipotiroidismo
Hiperparatiroidismo
Desequilíbrios electrolíticos
Cardiopatía isquémica
Conectivopatias
Pseudo-oclusão intestinal crónica
Doença hepática
Esplenomegalia
Intolerância à lactose

sintomas. Definiram-se critérios para classificar a **dispepsia funcional** em três tipos principais – **tipo úlcera**, **tipo dismotilidade** e **tipo refluxo** – com o objectivo de orientar as decisões terapêuticas^{1,3,21}.

Dispepsia funcional tipo úlcera: o sintoma predominante é a epigastralgia periódica com remissões e recidivas (períodos de, pelo menos, 2 semanas sem dor, intercalados por períodos de semanas ou meses com

dor). Neste subgrupo incluem-se ainda outros sintomas típicos de úlcera péptica: dor frequentemente aliviada pelos alimentos, antiácidos e/ou antagonistas dos receptores H2; dor ocorrendo em jejum ou antes das refeições ou dor nocturna que, por vezes, acorda o doente^{1,5}.

Dispepsia funcional tipo dismotilidade: os sintomas predominantes sugerem estase gástrica ou dismotilidade do intestino proximal e incluem saciedade precoce, enfartamento pós-prandial, anorexia, eructações, náuseas, vómitos, flatulência, distensão abdominal e desconforto nos quadrantes superiores do abdómen frequentemente agravado pela alimentação^{1,5}.

Dispepsia funcional tipo refluxo: os sintomas dominantes são a pirose, a regurgitação ácida e o desconforto epigástrico. Como referido anteriormente, para alguns autores estes doentes não devem ser diagnosticados como tendo dispepsia funcional, uma vez que, mesmo na ausência de qualquer lesão na mucosa esofágica, existe frequentemente uma associação entre a ocorrência dos sintomas de refluxo e episódios de refluxo clorídrico, donde geralmente reflecte a existência de um refluxo gastroesofágico subjacente^{4,14,22}.

A denominação «dispepsia não específica» é utilizada para os doentes com sintomas dos quadrantes superiores do abdómen que não se classificam nos restantes subgrupos⁵.

Embora esta classificação da dispepsia funcional seja muito utilizada na prática clínica, a sua validade permanece incerta devido à existência de considerável sobreposição entre os vários subgrupos^{21,23}.

Fisiopatologia da dispepsia funcional

O termo funcional implica que os

distúrbios da função gastrointestinal são os responsáveis pela sintomatologia. Deve ser salientado que muitos dos designados distúrbios funcionais gastrointestinais serão provavelmente causados por uma alteração funcional que não é ainda detectável pelos procedimentos diagnósticos actualmente disponíveis⁵.

As alterações funcionais verificadas em doentes com dispepsia não explicada de outra forma podem estar estreitamente associadas com o desenvolvimento de sintomas ou, pelo contrário, embora sejam frequentemente observadas em doentes com dispepsia funcional não se associam directamente com o quadro clínico.

A fisiopatologia da dispepsia funcional é actualmente uma área de intensa investigação e ainda muito controversa. Trata-se de uma entidade nosológica heterogénea do ponto de vista fisiopatológico, onde podem concorrer vários factores:

I) Distúrbios da função motora e sensorial do aparelho digestivo

É reconhecido o potencial papel da dismotilidade gástrica e intestinal na patogénese da dispepsia funcional⁵. Muitos estudos avaliaram o esvaziamento gástrico utilizando refeições marcadas com radioisótopos. Embora o esvaziamento de líquidos tenha sido muito variável, a maioria dos estudos identificou um subgrupo de doentes com atraso no esvaziamento gástrico de sólidos, que segundo as estimativas engloba cerca de 50% dos doentes com dispepsia funcional²⁴.

Vários autores observaram que um subgrupo de doentes tinha hipomotilidade antral e duodenal após as refeições^{5,25}. Contudo, estas alterações não podem ser consideradas específicas da dispepsia funcional, sendo ocasionalmente observadas

em doentes com úlcera péptica e noutras patologias, tais como a diabetes mellitus e a hipotensão ortostática⁵.

Em doentes com dispepsia funcional foi observada uma diminuição do limiar para a percepção da distensão gástrica e duodenal, o que sugere um distúrbio na função visceral aferente^{26,27,28}. É ainda controverso se a hiperalgesia visceral na dispepsia funcional é localizada ou se afecta todo o aparelho digestivo, e se eventualmente a localização dessa anomalia se correlaciona com o padrão de sintomas. Neste contexto pode-se colocar a seguinte questão: será que a diminuição do limiar sensorial do estômago ou duodeno é característica da dispepsia funcional e a do cólon ou recto é característica do síndrome do cólon irritável? Os sintomas da dispepsia funcional e do síndrome do cólon irritável frequentemente coexistem, o que pode reflectir um distúrbio generalizado nos limiares sensoriais viscerais. Os dados actuais da literatura são compatíveis com o conceito de que estas duas entidades podem pertencer ao mesmo espectro patológico⁵.

Desconhece-se ainda se a hiper-sensibilidade visceral se deve a alterações dos limiares sensoriais ao nível do tracto gastrointestinal ou ao nível do processamento de sinais na medula espinal ou no cérebro. Alguns autores sugerem que a hiperexcitabilidade ou o aumento da área dos receptores dos neurónios dos cornos posteriores da medula estão na base de muitas doenças gastrointestinais funcionais²⁹.

O processamento cerebral dos sinais dos neurónios aferentes é provavelmente influenciado por factores psicológicos. Verifica-se nos doentes com dispepsia funcional um aumento na prevalência de sintomas extra-

-abdominais, nomeadamente lombalgias e cefaleias, o que pode ser explicado por alterações no processamento central de sinais aferentes somato-sensoriais^{30,31}.

II) Refluxo duodenogástrico

Embora tenha sido postulado como um factor importante na patogenia da dispepsia funcional, existe actualmente evidência de que é menos comum nestes doentes do que nos indivíduos-controlo, e não parece estar associado quer com a sintomatologia, quer com a hipomotilidade antral^{32,33}.

III) Secreção ácida gástrica

Vários estudos tentaram avaliar a existência de alterações na secreção ácida gástrica nos doentes com dispepsia funcional, porém nenhum encontrou diferenças significativas entre o grupo de doentes e o grupo de controlo³⁴. Contudo, tal não exclui que o ácido clorídrico desempenhe um papel na patogenia da dispepsia funcional, uma vez que a mucosa gastroduodenal dos doentes poderá ser mais sensível ao ácido. De facto, existe um subgrupo de doentes anormalmente sensíveis ao ácido clorídrico em circunstâncias de exposição prolongada ao nível do duodeno³⁵.

Aproximadamente 50% dos doentes com dispepsia funcional têm um distúrbio de secreção ácida estimulada pelo GRP (*gastrin-releasing peptide*) semelhante ao dos doentes com úlcera duodenal, donde o ácido clorídrico pode desempenhar um papel relevante no desenvolvimento dos sintomas dispépticos³⁶.

IV) Inflamação da mucosa

A) Gastrite histológica

A infecção por *Helicobacter pylori* é a causa mais comum de gastrite histológica nos seres humanos³⁷ e

existe em cerca de 40-80% dos doentes com dispepsia funcional^{38,39}. Porém, importa salientar que a gastrite crónica associada ao *Helicobacter pylori* é também extremamente comum em indivíduos assintomáticos⁴⁰.

Uma meta-análise recente⁴¹ concluiu que o *Helicobacter pylori* é um factor de risco para o desenvolvimento de dispepsia. A inflamação gástrica crónica é uma causa potencial de hiperalgesia visceral, donde a infecção por *Helicobacter pylori* poderá ser uma etiologia potencial de diminuição dos limiares sensoriais nestes doentes⁵. Estudos^{42,43} sugerem que uma resposta imune intensa, com altos níveis de *Ac anti Helicobacter pylori* (IgG) pode desempenhar um papel no desenvolvimento de sintomas num subgrupo de doentes com dispepsia funcional que têm limiares sensoriais diminuídos. Contudo, a associação causal entre a infecção por *Helicobacter pylori* e a dispepsia funcional não pode ser estabelecida com base nos dados epidemiológicos actualmente disponíveis⁵.

B) Duodenite histológica

A evidência histológica de duodenite na ausência de erosões pode ser demonstrada em pelo menos 20% dos doentes com dispepsia funcional⁴⁴. Porém, a associação entre a duodenite microscópica e o desenvolvimento da sintomatologia permanece controversa, já que esta entidade é também encontrada em indivíduos assintomáticos⁴⁴. Num estudo de doentes com duodenite (erosiva ou não) 48% destes desenvolvem uma úlcera duodenal, o que sugere que grande parte destes doentes não devem ser classificados como tendo dispepsia funcional⁴⁵.

V) Factores psicológicos

Tem sido observada uma associação entre factores psicológicos específicos e a dispepsia funcional⁵. Contudo, estes factores podem ser confundidos por traços comportamentais que favorecem a procura de cuidados médicos, podendo representar um viés nos estudos que procuram avaliar o seu papel no desenvolvimento da sintomatologia dispéptica. Consequentemente, permanece por demonstrar o papel etiológico e/ou fisiopatológico dos factores psicossociais na dispepsia funcional.

A) Stress

Um stress agudo pode resultar na diminuição da contractilidade gástrica, que precede o início dos sintomas⁴⁶. Contudo, desconhece-se se a sintomatologia dispéptica crónica pode ser explicada apenas por este mecanismo. O papel dos acontecimentos adversos na vida dos doentes na patogénese da dispepsia funcional permanece controverso⁴⁷. Demonstrou-se que estes doentes têm respostas autonómicas e humorais normais a um stress induzido experimentalmente⁴⁸.

B) Personalidade

Foram encontrados nos doentes com dispepsia funcional níveis superiores de ansiedade e depressão em relação aos controlos, tendo os primeiros obtido pontuações mais elevadas nas escalas de patologia neurótica, sugerindo um papel modulador do sistema nervoso central^{49,50,51}. Contudo, nem todos os estudos encontraram nestes doentes alterações no padrão da personalidade⁵².

Embora se pense que factores psicológicos, provavelmente relacionados com anomalias no sistema nervoso central, podem contribuir para a etiologia e exacerbação de sintomas nas doenças gastrintestinais fun-

cionais, são necessários mais estudos para esclarecer quais os mecanismos fisiopatológicos implicados.

C) Maus tratos

Uma potencial relação entre os maus tratos e as doenças gastrointestinais funcionais tem sido baseada em estudos de doentes com o síndrome do cólon irritável. Na sequência destes estudos, a dispepsia e a pirose têm sido associadas com história de maus tratos físicos e/ou abuso sexual⁵³.

VI) Intolerância e/ou alergia alimentar

Muitos doentes com dispepsia funcional referem agravamento da sintomatologia com o consumo de alimentos específicos⁵. Pouco se sabe ainda acerca do papel da intolerância alimentar na dispepsia funcional, embora pareça razoável assumir que as propriedades químicas dos nutrientes poderão influenciar o desenvolvimento de sintomas.

Uma verdadeira alergia alimentar é rara e provavelmente não será um factor *major* na fisiopatologia da dispepsia funcional⁵.

Abordagem de doentes com dispepsia

A realização de uma história clínica cuidadosa constitui, naturalmente, o primeiro passo na avaliação dos doentes com sintomatologia dispéptica, orientando frequentemente as estratégias diagnóstica e terapêutica futuras.

Os procedimentos diagnósticos permitem a identificação de causas estruturais de dispepsia e a sua orientação terapêutica. Contudo, embora o seu benefício seja definido de forma mais precisa nos doentes com dispepsia de etiologia estrutural, são igualmente benéficos nos doentes que acabam por ser classi-

ficados como tendo dispepsia funcional, já que possuem um efeito tranquilizador sobre os doentes, reduzindo desta forma terapêuticas inapropriadas e o recurso excessivo aos serviços de saúde⁵.

Exames complementares de diagnóstico na dispepsia

- Exames de primeira linha para diagnóstico de organicidade
 - Endoscopia digestiva alta
 - Ecografia abdominal
 - Exames laboratoriais (hemograma completo, proteína C reactiva, provas de função hepática,...)
 - Estudo radiológico do aparelho digestivo
- Exames de segunda linha para diagnóstico de organicidade
 - Manometria e pHmetria esofágica de 24 horas
 - Tomografia computadorizada do abdómen
 - Teste de tolerância à lactose
- Exames de terceira linha para investigação fisiopatológica da dispepsia funcional
 - pHmetria gástrica
 - Estudos de esvaziamento gástrico e intestinal
 - Electrogastrografia
 - Estudos com «Barostat»
 - Outros...

A endoscopia digestiva alta é o exame *gold standard* na avaliação da dispepsia. No entanto é importante salientar que nem todas as anomalias estruturais encontradas podem ser consideradas causas dos sintomas. Além disso, em muitos indivíduos assintomáticos são observadas alterações estruturais neste exame⁵ (exemplos: esofagite, úlcera gástrica, úlcera duodenal).

A ecografia abdominal é um exame frequentemente requisitado, mas com pouca utilidade na avaliação da dispepsia. Achados potenci-

ais como a existência de cálculos biliares têm um padrão clínico típico⁵.

O pedido de exames laboratoriais é muito utilizado para excluir um processo inflamatório ou uma doença hepática relevante⁵.

Proposta de abordagem diagnóstica e terapêutica de doentes com dispepsia

Segundo a AGA (*American Gastroenterological Association*)⁵⁴ as abordagens possíveis perante um doente que se apresenta na consulta com queixas dispépticas são:

- Terapêutica médica empírica, reservando-se a investigação diagnóstica para os casos de insucesso terapêutico;
- Avaliação diagnóstica imediata em todos os casos, preferencialmente com endoscopia digestiva alta;
- Testar a existência de infecção por *Helicobacter pylori* através de métodos não invasivos (serologia ou teste respiratório) e efectuar endoscopia digestiva alta nos casos positivos, para pesquisa de doença ulcerosa péptica ou neoplasia gástrica;
- Testar a existência de infecção por *Helicobacter pylori* através de métodos não invasivos e efectuar terapêutica de erradicação nos casos positivos.

O algoritmo de abordagem diagnóstica e terapêutica de doentes com dispepsia sem investigação prévia proposto pela AGA é apresentado na Figura 1. Contudo, as *guidelines* têm mostrado relações custo-benefício diferentes em vários países, donde seria importante a formulação e divulgação de um protocolo nacional de actuação perante a dispepsia.

Terapêutica da dispepsia funcional

Não existe ainda cura para a dispepsia funcional, donde as abordagens

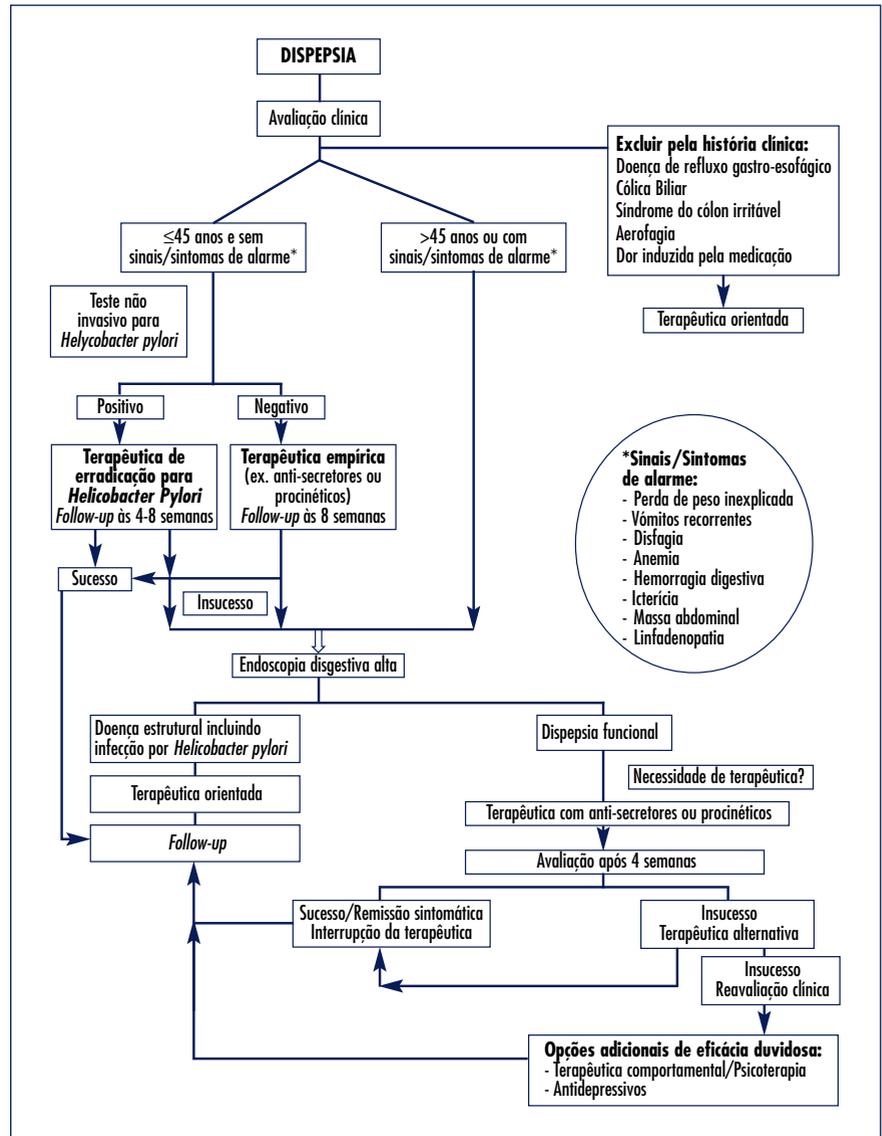


FIGURA 1. Abordagem da dispepsia⁵⁴

terapêuticas destinarem-se a aliviar temporariamente os sintomas ou prevenir as recorrências. A evolução clínica é geralmente caracterizada por remissões e recorrências, sendo que mais de 70% dos doentes mantêm a sintomatologia após 1 ano de seguimento^{55,56}.

Terapêutica farmacológica⁵

A) Disponível actualmente em muitos

países

Terapêuticas de primeira linha:

- Procinéticos
- Inibidores da bomba de protões
- Antagonistas dos receptores H2 (eficácia questionável)

Terapêuticas com potencial, mas sem eficácia estabelecida:

- Combinações de procinéticos
- Sucralfate
- Antidepressivos

Análogos da hormona libertadora de gonadotrofina
Fármacos relaxantes do fundo gástrico (exemplos: buspirona, nitratos, sumatriptano)

Terapêuticas com benefícios pouco prováveis:

Terapêutica de erradicação do *Helicobacter pylori* (Ver NOTA)
Antiácidos
Eritromicina
Análogos das prostaglandinas
Anticolinérgicos/antiespasmódicos
Análogos da somatostatina

Nota: Os critérios que sugerem a erradicação do *Helicobacter pylori* nos doentes com dispepsia funcional são¹:

- grupo etário jovem;
- dispepsia tipo úlcera;
- dispepsia refractária a terapêutica;
- história familiar de neoplasia gástrica;
- anormalidades histológicas graves (gastrite atrófica);
- estirpes virulentas de *Helicobacter pylori* (cagA+);
- vontade expressa do doente.

B) Indisponível na maioria dos países para uso na prática clínica

Novos analgésicos viscerais:

Agonistas opiáceos
Antagonistas dos receptores do 5-HT₃ (hidroxitriptamina) e 5-HT₄

Novos procinéticos:

Novos agonistas do 5-HT₄
Antagonistas do receptor da colecistoquinina A

Terapêutica Psicológica

A abordagem psicológica é considerada um elemento chave na terapêutica da dispepsia funcional⁵.

Medidas gerais da abordagem psicológica de doentes com dispepsia funcional⁵:

- Estabelecer uma boa relação médico-doente e obter uma colaboração activa por parte do doente;
- Criar empatia com o doente, fazendo-o sentir-se compreendido;
- Tranquilizar o doente, esclarecendo e corrigindo conceitos errados acerca dos sintomas;
- Evitar investigações diagnósticas desnecessárias;
- Desenvolver e explicar o plano terapêutico, que deverá ser realista e individualizado, respeitando as preocupações e medos do doente.

As intervenções psicológicas específicas podem ser aplicadas aos doentes que não respondem às medidas gerais e que não têm alívio sintomático satisfatório com a terapêutica farmacológica. Na prática clínica, terapêuticas curtas (de 10 a 20 horas de duração) psicodinâmicas e comportamentais cognitivas são as mais utilizadas nos doentes com distúrbios gastrointestinais funcionais⁵.

Os dados acerca da eficácia da psicoterapia nestes doentes são limitados. São necessários mais estudos para analisar a relação custo-benefício e identificar os subgrupos de doentes que mais irão beneficiar com estes tratamentos⁵.

O Médico de Família e a dispepsia funcional

É extremamente importante reafirmar o papel do especialista de Medicina Geral e Familiar, ao promover uma abordagem continuada e holística bio-psico-social dos indivíduos, no seguimento dos doentes com dispepsia, nomeadamente nos casos de dispepsia funcional, em que é essencial²:

- a) Questionar a «agenda» do doente (porque é que um doente com sintomas geralmente crónicos recorre agora à consulta?);
- b) Conduzir o processo de investi-

gação diagnóstica, seleccionando criteriosamente os exames complementares de diagnóstico a requisitar e, em particular, a necessidade de técnicas invasivas;

c) Fornecer educação acerca do diagnóstico e benignidade do prognóstico, tranquilizando o doente;

d) Questionar e responder a preocupações do doente;

e) Identificar e promover a evicção de potenciais factores precipitantes dos sintomas;

f) Estabelecer objectivos terapêuticos realistas, co-responsabilizando o doente no seu tratamento;

g) Promover alterações dietéticas e iniciar a terapêutica de primeira linha, fundamentada numa relação terapêutica médico-doente;

h) Organizar o seguimento do doente.

Critérios para a referência a uma consulta de Gastreenterologia

A referência a uma consulta de Gastreenterologia está indicada nas situações seguidamente enunciadas:

- Dispepsia orgânica complicada ou com má resposta à terapêutica;
- Dispepsia funcional refractária à terapêutica;
- Falência da terapêutica tripla de erradicação do *Helicobacter pylori*.

Prognóstico

Cerca de 30% dos doentes têm resolução sintomática em programas de seguimento ao longo de 1 ano⁵⁶. Contudo, tal não equivale à ausência de sintomas abdominais. De facto, num estudo⁵⁷ 57% dos doentes tiveram resolução dos sintomas dispépticos após 1 ano, mas apenas 12% não referiam queixas abdominais (os restantes tinham síndrome do cólon irritável ou sintomas sugestivos de refluxo gastroesofágico).

CONCLUSÕES

A dispepsia é um problema de saúde comum na prática do Médico de Família que, ao conduzir ao absentismo profissional, ao consumo de medicação e ao recurso a exames complementares de diagnóstico, representa uma entidade com elevados custos económicos.

Após uma investigação etiológica correcta e cuidada é possível classificar a dispepsia em 2 grandes grupos: dispepsia orgânica (com particular destaque para a doença ulcerosa péptica, o refluxo gastroesofágico e a neoplasia gástrica) e dispepsia funcional.

A dispepsia funcional, um diagnóstico de exclusão que engloba 50-60% dos casos, permanece um desafio na nossa prática clínica. De facto, embora diversas abordagens terapêuticas tenham mostrado melhorias clínicas em subgrupos de doentes, o que sugere a provável contribuição de diferentes mecanismos fisiopatológicos para o desenvolvimento dos sintomas, ainda não existe cura para esta entidade nosológica. Consequentemente, vislumbram-se como objectivos primordiais para a investigação nesta área a compreensão da fisiopatologia da dispepsia funcional e a inter-relação dos seus diferentes mecanismos com a sintomatologia e, paralelamente, o aperfeiçoamento e eventual desenvolvimento de novas terapêuticas. Como corolário de todo este trabalho de pesquisa seria fundamental a formulação de algoritmos para a abordagem da dispepsia em diferentes regiões do mundo, respeitando as suas especificidades, nomeadamente a incidência e prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* e do carcinoma gástrico, os custos dos diferentes exames com-

plementares de diagnóstico, entre muitas outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pinto AS. Dispepsia funcional e *Helicobacter pylori*. in Guerreiro AS, Monteiro L, editores. *Helicobacter pylori - Da infecção à clínica*. Lisboa, Permanyer Portugal, 2001.
- Talley NJ, Axon A, Bytzer P, Colin-Jones D, Koch KL. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterol Int* 1991; 4: 145-60.
- Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): II 37-42.
- Talley NJ, Phillips SF. Non-ulcer dyspepsia: potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988; 108: 865-79.
- Holtmann G, Talley NJ. Clinician's Manual on Managing Dyspepsia. London, Life Science Communications Ltd, 2000.
- Bytzer P, Talley NJ. Current indications for acid suppressants in dyspepsia. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001; 15: 385-400.
- Knill-Jones RP. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1991;182:17-24.
- Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar - Caracterização da Prática Médica e sua Influência no Ensino Pré-Graduado [Tese de Doutoramento]. Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1995.
- Haug TT, Svebak S, Hausken T et al. Low vagal activity as mediating mechanism for the relationship between personality factors and gastric symptoms in functional dyspepsia. *Psychosom Med* 1994; 56:181-6.
- Wilson KC, Whiteoak R, Dewey M, Watson JP. Aspects of personality of soldiers presenting to an endoscopy clinic. *J Psychosom Res* 1989; 33:85-91.
- Talley NJ, Silverstein MD, Agréus L, Nyrén O, Sonnenberg A, Holtmann G. Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114:582-95.
- Agréus L, Talley NJ. Challenges in managing dyspepsia. *Br Med J* 1997; 315: 1284-8.
- Talley NJ, Piper DW. The association between non-ulcer dyspepsia and other gastrointestinal disorders. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:896-900.
- Klauser AG, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 1990; 1:205-8.
- Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Fielding JW. Early detection of gastric cancer. *Br Med J* 1990; 301:513-5.
- Aragones N, Pollan M, Rodero I, Lopez-Abente G. Gastric cancer in the European Union (1968-1992): mortality trends and cohort effect. *Ann Epidemiol* 1997; 7:294-303.
- Zheng T, Mayne ST, Holford TR et al. The time trend and age-period-cohort effects on incidence of adenocarcinoma of the stomach in Connecticut from 1955-1989. *Cancer* 1993; 72: 330-40.
- Hansson LE, Engstrand L, Nyrén O et al. *Helicobacter pylori* infection: independent risk indicator of gastric adenocarcinoma. *Gastroenterology* 1993; 105:1098-1103.
- Richter JE. Dyspepsia: organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1991; 182:11-6.
- Kagevi I, Lofstedt S, Persson LG. Endoscopic findings and diagnoses in unselected dyspeptic patients at a primary health care center. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24:145-50.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJI. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102:1259-68.
- Shi G, Bruley des Varannes S, Scarpignato C et al. Reflux related symptoms in patients with normal oesophageal exposure to acid. *Gut* 1995; 37:457-64.
- Holtmann G, Goebell H, Talley NJ. Dyspepsia in consulters and non-consulters: prevalence, health-care seeking behaviour and risk factors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994; 6:917-24.
- Quartero AO, De Wit NJ, Lodder AC et al. Disturbed solid phase gastric emptying in functional dyspepsia: a meta-analysis. *Dig Dis Sci* 1998; 43:2028-33.
- Waldron B, Cullen PT, Kumar R et al. Evidence for hypomotility in non-ulcer dyspepsia: a prospective multifactorial study. *Gut* 1991; 32:246-51.
- Lemann M, Dederding JP, Flourie B et al. Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distension in chronic idiopathic dyspepsia. The irritable stomach syndrome. *Dig Dis Sci* 1991; 36:1249-54.
- Dederding JP, Lemann M, Jian R, Rambaud JC. Study of sensory perception

and adaptation to distension of proximal stomach in chronic idiopathic dyspepsia. *Gastroenterology* 1988; 84:A91.

28. Coffin B, Azpiroz F, Malagelada JR. Selective gastric hypersensitivity and reflex hyporeactivity in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1991; 100:A431.

29. Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107:271-93.

30. Holtmann G, Kölbl CBM, Hüber J et al. Prevalence and severity of extraintestinal symptoms in patients with functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1993; 104:A521.

31. Talley NJ, Phillips SF, Bruce B et al. Multisystem complaints in patients with the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1991; 3: 71-7.

32. Niemelä S. Duodenogastric reflux in patients with upper abdominal complaints with particular reference to reflux-associated gastritis. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1985; 115:1-56.

33. Bost R, Hostein J, Valenti M et al. Is there an abnormal fasting duodenogastric reflux in non-ulcer dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1990; 35:193-9.

34. Collen MJ, Loebenberg MJ. Basal gastric acid secretion in non-ulcer dyspepsia with or without duodenitis. *Dig Dis Sci* 1989;34:246-50.

35. Samsom M, Verhagen MA, vanBerge Henegouwen GP, Smout AJ. Abnormal clearance of exogenous acid and increased acid sensitivity of the proximal duodenum in dyspeptic patients. *Gastroenterology* 1999;116: 515-20.

36. El Omar E, Penman I, Ardill JS, McColl KL. A substantial proportion of non-ulcer dyspepsia patients have the same abnormality of acid secretion as duodenal ulcer patients. *Gut* 1995; 36:534-8.

37. Ormand JE, Talley NJ. *Helicobacter pylori*: controversies and an approach to management. *Mayo Clin Proc* 1990; 65:414-26.

38. Rokkas T, Pursey C, Uzoehina E et al. *Campylobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1987; 82:1149-52.

39. Loffeld RJ, Potters HV, Arends JW et al. *Campylobacter* associated gastritis in patients with non-ulcer dyspepsia. *J Clin Pathol* 1988; 41:85-8.

40. Dooley CP, Cohen H, Fitzgibbons P et al. Prevalence of *Helicobacter pylori* and histologic gastritis in asymptomatic persons. *N Engl J Med* 1989; 321:1562-6.

41. Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1996; 31:38-47.

42. Holtmann G, Talley NJ, Goebell H. Association between *H. Pylori*, duodenal mechanosensory thresholds and small intestinal motility in chronic unexplained dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1996; 41:1285-91.

43. Holtmann G, Goebell H, Holtmann M et al. *H. Pylori* and functional dyspepsia: increased serum antibodies an independent risk factor. *Gastroenterology* 1995; 108:A116.

44. Johnsen R, Bernersen B, Straume B et al. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *Br Med J* 1991; 302:749-52.

45. Mearin F, De Ribot X, Balboa A et al. Duodenogastric bile reflux and gastrointestinal motility in pathogenesis of functional dyspepsia. Role of cholecystectomy. *Dig Dis Sci* 1995; 40:1703-9.

46. Stanghellini V, Malagelada JR, Zinsmeister AR et al. Stress-induced gastroduodenal motor disturbances in humans: possible humoral mechanisms. *Gastroenterology* 1983; 85:83-91.

47. Hui WM, Shiu LP, Lam SK. The perception of life events and daily stress in non-ulcer dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:292-6.

48. Camilleri M, Malagelada JR, Kao PC, Zinsmeister AR. Gastric and autonomic responses to stress in functional dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1986; 31:1169-77.

49. Talley NJ, Fung LH, Gilligan IJ et al. Association of anxiety, neuroticism and depression with dyspepsia of unknown cause. A case-control study. *Gastroenterology* 1986; 90:886-92.

50. Talley NJ, Phillips SF, Bruce B et al. Relation among personality and symptoms on non-ulcer dyspepsia and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990; 99: 327-33.

51. Drossman DA, Creed FH, Fava GA et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1995; 8: 47-90.

52. Talley NJ, Ellard K, Jones M et al. Suppression of emotions in essential dyspepsia and chronic duodenal ulcer. A case-control study. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23: 337-40.

53. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994; 107: 1040-9.

54. American Gastroenterological

Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114: 579-81.

55. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJI. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 165-77.

56. Talley NJ, McNeil D, Hayden A et al. Prognosis of chronic unexplained dyspepsia. A prospective study of potential predictor variables in patients with endoscopically diagnosed non-ulcer dyspepsia. *Gastroenterology* 1987; 92: 1060-6.

57. Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995; 109: 671-80.

Agradecimentos

A Autora agradece à Dra. Beatriz Pereira o empenho e interesse demonstrados na elaboração deste trabalho.

Endereço para correspondência;

Susana Castro Marques
Rua Professor Bento de Jesus Caraça,
nº 50 – 1º Direito
1600-605 Lisboa

Recebido para publicação em 27/02/02
Aceite para publicação em 03/07/02

UNDERSTANDING DYSPEPSIA**ABSTRACT**

Introduction: *Dyspepsia can be defined as persistent or recurrent pain or discomfort in the upper abdominal quadrants, which may or may not be related to meals.*

Objectives: *To conduct an updated and systematic review on dyspepsia, with a special emphasis on functional dyspepsia and on the family medicine setting.*

Methods: *Literature review of relevant manuals and periodicals from the field, and a Medline search including articles published since 1995.*

Results overview: *Definitions of dyspepsia and functional dyspepsia, their epidemiological framework and their more relevant aetiological and pathophysiological aspects are discussed. A diagnostic and therapeutic approach for dyspepsia is suggested, and the role of the family physician in following up these patients is highlighted. Finally, referral criteria for secondary care services are enunciated, and prognostic implications discussed.*

Conclusions: *Dyspepsia is a common health problem in family practice accounting for 2 to 5% of all general/family practice visits. Constant updating on pathophysiological mechanisms and diagnostic and therapeutic developments is therefore absolutely necessary.*

Key-words: *Dyspepsia; Functional Dyspepsia; Diagnostic Approach; Therapeutic Approach; Family Physician.*