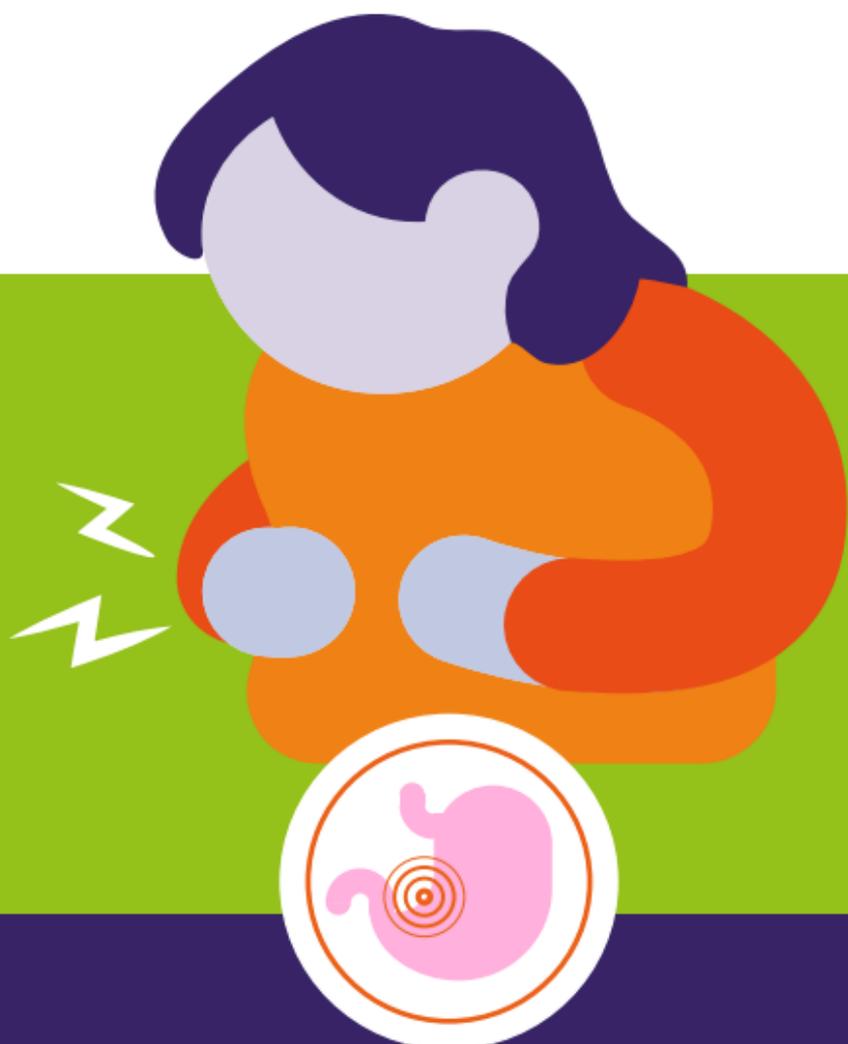


O SEU MANUAL DE AVALIAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DA DISPEPSIA FUNCIONAL



Como definir a dispepsia funcional?

Os dois subtipos de dispepsia funcional

O que sabemos sobre a fisiopatologia?

Como fazer um diagnóstico confiável?

Quais são os sinais de alerta a excluir?

Que investigações são necessárias?

Quais são os conceitos gerais de gestão dos sintomas?

Como acompanhar o utente?

Referências

Este documento foi criado em colaboração com

Maura Corsetti, *professora associada de gastroenterologia da Universidade de Nottingham, Reino Unido*

Nicholas Talley, *respeitado e premiado professor, neurogastroenterologista reconhecido, clínico e educador da Universidade de Newcastle, Austrália*

Lucas Wauters, *professor adjunto de gastroenterologia, Hospitais Universitários de Lovaina, Bélgica*



Siga-nos em:

 @microbiotainst.bsky.social

 Biocodex Microbiota Institute

 @biocodexmicrobiotainstitute

BIOCODEX 
Microbiota Institute

COMO DEFINIR A DISPEPSIA FUNCIONAL?

A dispepsia funcional é um **distúrbio crônico** definido por sintomas **abdominais** provenientes da **região gastrointestinal superior (GI)**

É um distúrbio da **interação intestino-cérebro (DIIC)** ⁽¹⁾



4 SINTOMAS PRINCIPAIS ⁽²⁾

É como ser esfaqueado de dentro para fora. ,



Dor epigástrica

O meu estômago arde como se estivesse a queimar. ,



Ardor epigástrico

Sinto-me cheio mesmo que não coma muito. ,



Saciedade precoce
(incapacidade de terminar uma refeição)

Sinto-me como se tivesse uma pedra no estômago. ,



Saciedade pós-prandial
(após uma refeição de tamanho normal)



ausência de doença estrutural
em investigações de rotina (endoscopia)



• Prevalência de **7% nos adultos** ⁽³⁾
dependendo da região geográfica e dos critérios utilizados para a avaliação ⁽⁴⁾

• **Sobreposição muito comum com a gastroparesia, o refluxo, a síndrome do intestino irritável e sintomas de inchaço**

**LISTA DE NOMES DE DOENÇAS SINÓNIMAS:
indigestão, gastrite,
dispepsia não ulcerosa**



O que dizer ao utente?



O que é um DIIC?

O estômago e o intestino conversam com o cérebro, e o cérebro conversa com o intestino.

Um distúrbio da interação intestino-cérebro (DIIC) significa que a sinalização é perturbada, conduzindo a sintomas. Um exemplo comum de um DIIC é a dispepsia funcional (DF).

Na DF, o cérebro recebe demasiados sinais do estômago que são normalmente filtrados.

O que dizer sobre a dispepsia funcional?

A sensação de estômago cheio de forma recorrente (frequentemente designada por inchaço), a dor ou ardor epigástrico e a dificuldade em terminar uma refeição normal (saciedade precoce) caracterizam este distúrbio chamado DF.

A DF é um distúrbio da interação cérebro-intestino, em que os dois órgãos não comunicam corretamente entre si.

A DF é uma doença baseada em sintomas, sem danos nos tecidos.

Os sintomas gastrointestinais não surgem sozinhos, a DF é frequentemente acompanhada por níveis mais elevados de distúrbios psicológicos, como a ansiedade, o stress e a depressão.

OS DOIS SUBTIPOS DE DISPEPSIA FUNCIONAL

- Síndrome da dor epigástrica (SDE)
- Síndrome do desconforto pós-prandial (SDP)
→ na sua forma mais comum

2 subtipos de dispepsia que, por vezes, sobrepõem-se

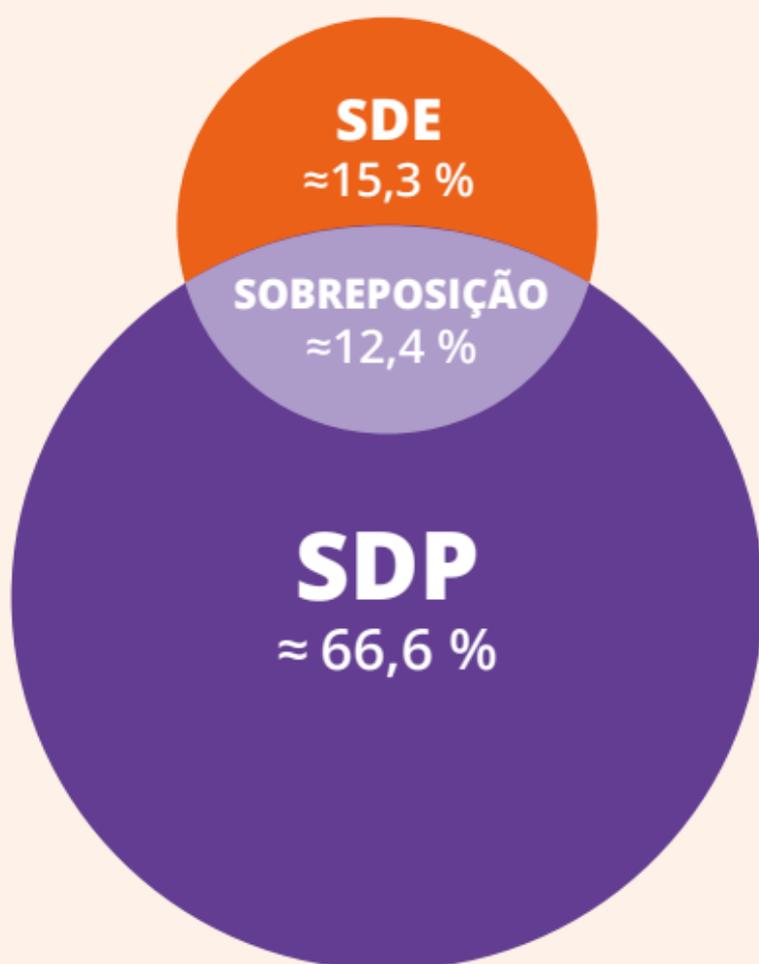


DOR EPIGÁSTRICA



ARDOR EPIGÁSTRICO

Sintomas **não desencadeados** por alimentos



ENFARTAMENTO PÓS-PRANDIAL

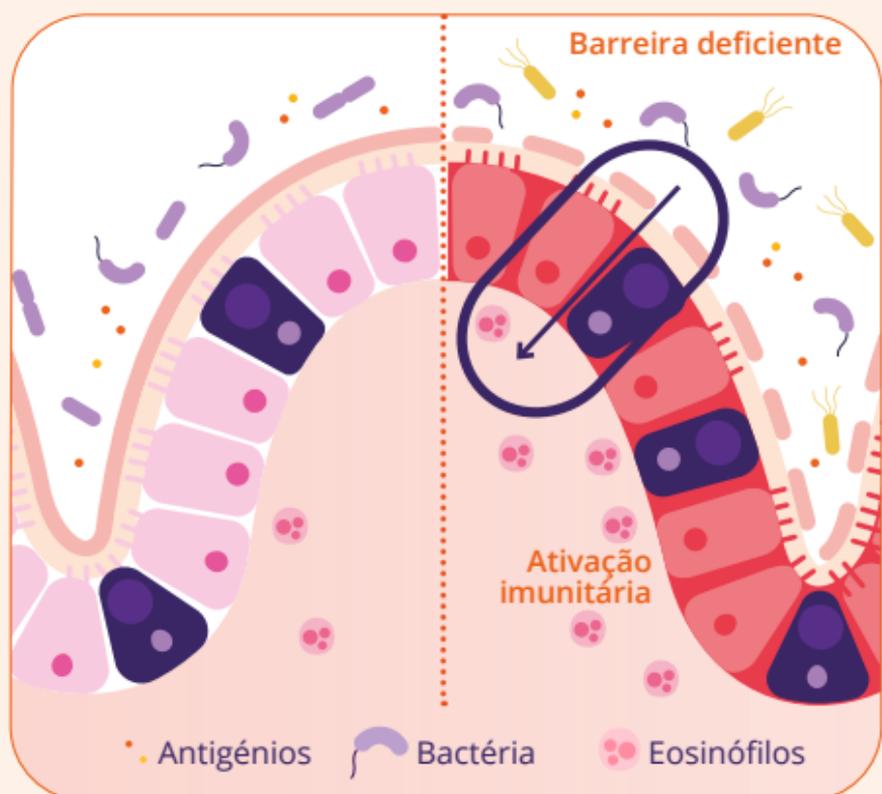
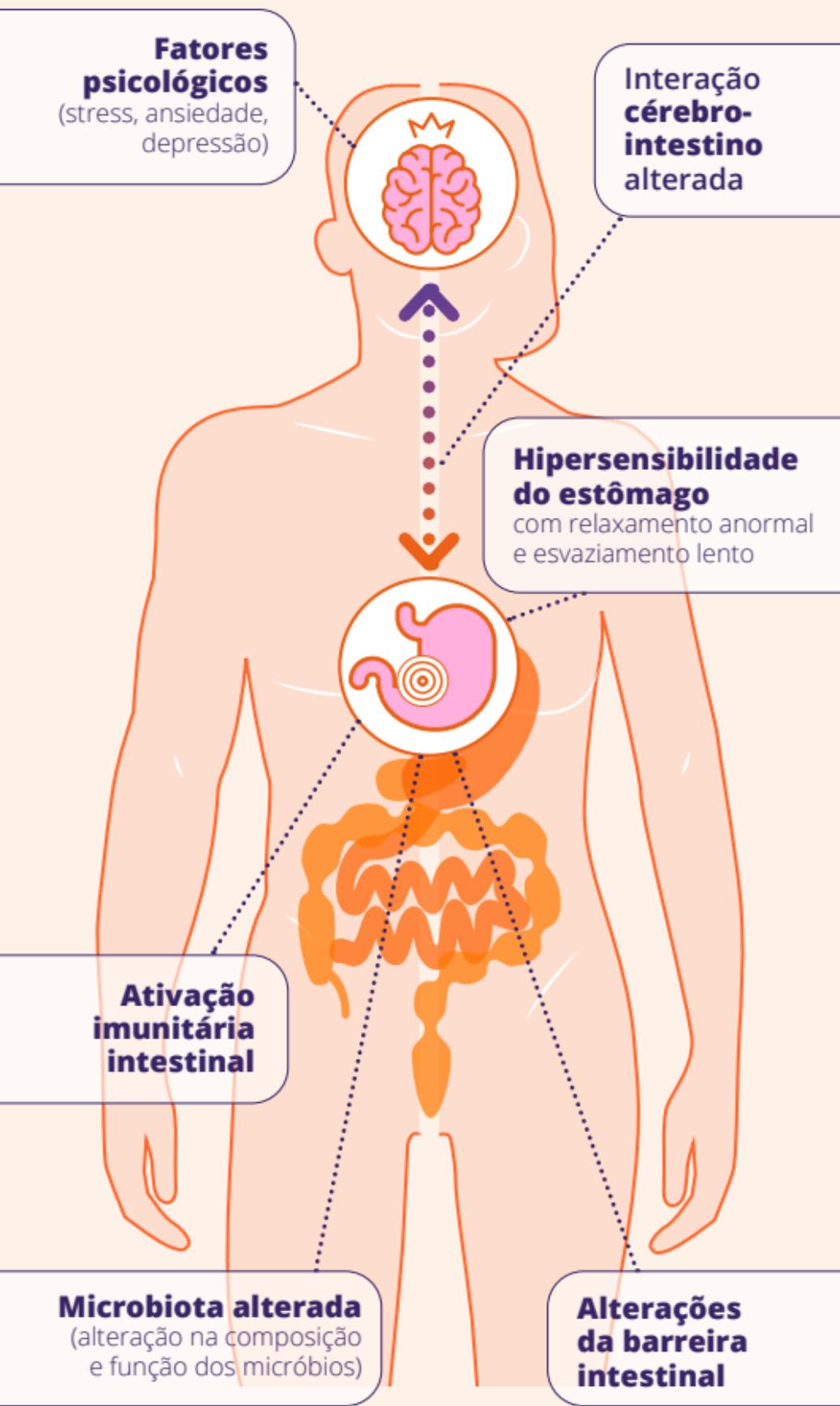


SACIEDADE PRECOCE

Sintomas **desencadeados** por alimentos

BIOCODEX 
Microbiota Institute

O QUE SABEMOS SOBRE A FISIOPATOLOGIA?





O que dizer ao utente?



O que é a microbiota?

As comunidades microbianas que vivem no interior do intestino são chamadas microbiota.

Uma microbiota duodenal desequilibrada, ou disbiose, é uma alteração da composição e das funções dos microrganismos que vivem no intestino.

Os alimentos, as bactérias ou as substâncias encontradas no intestino podem, por vezes, causar o mau funcionamento do intestino e desencadear sintomas.

Como fazer a gestão dos sintomas da DF?

A DF é um distúrbio crónico cujos sintomas podem ser controlados através de mudanças no estilo de vida, alimentação, medicamentos e terapias psicológicas.

Iremos encontrar-nos a cada 2-3 meses para acompanhar a eficácia do tratamento/estratégia.

COMO FAZER UM DIAGNÓSTICO FIÁVEL?

O diagnóstico é baseado nos sintomas de acordo com os critérios de Roma⁽²⁾:

Pergunta a fazer

Quando começaram os sintomas?

- ✓ Presença de pelo menos um sintoma suficientemente grave para afetar as atividades habituais → nos últimos **3 meses** e tendo começado **6 meses** antes do diagnóstico

SDP

pelo menos 3 dias por semana



Enfartamento pós-prandial

(após uma refeição de tamanho normal)



Saciedade precoce

(incapacidade de terminar uma refeição)

SDE

pelo menos uma vez por semana



Dor epigástrica



Ardor epigástrico

- ✓ e nenhuma evidência de doença estrutural (incluindo na endoscopia digestiva alta) suscetível de explicar os sintomas.

FACTORES DE RISCO ⁽³⁾

- ✓ Infecção causada pela *helicobacter pylori*
- ✓ Ser mulher
- ✓ Utilização de certos analgésicos como a aspirina e o ibuprofeno
- ✓ Tabagismo
- ✓ Ansiedade ou depressão
- ✓ Histórico de abuso físico ou sexual na infância



BIOCODEX 
Microbiota Institute

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA A EXCLUIR?

Lista de sinais de alerta a investigar para confirmar o diagnóstico

SINTOMAS DE ALERTA ⁽⁵⁾

- ✓ Idade > 55 anos* com dispepsia iniciada recentemente
- ✓ Evidência de hemorragia gastrointestinal excessiva, incluindo melena ou hematêmese
- ✓ Disfagia, especialmente se for progressiva, ou odinofagia
- ✓ Vômitos persistentes
- ✓ Perda de peso não intencional
- ✓ Histórico familiar de cancro gástrico ou do esófago
- ✓ Massa abdominal ou epigástrica palpável ou adenopatia anormal
- ✓ Evidência de anemia por deficiência de ferro após análise ao sangue

**Em regiões com uma elevada taxa de prevalência de cancro gástrico, como o Sudeste Asiático, deve ser considerado um limiar de idade mais baixo.*

NO CASO DE UM SIM, DEVE SER CONSIDERADA UMA AVALIAÇÃO ADICIONAL

ENCAMINHAR PARA O GASTROENTEROLOGISTA PARA ANÁLISE





QUE INVESTIGAÇÕES SÃO NECESSÁRIAS?

RECOMENDA-SE EFETUAR TESTES DE ROTINA



- O teste de *H. pylori* é recomendado como o primeiro a ser efetuado: *antígeno das fezes, teste respiratório da ureia*
 - *Avaliação dos sintomas gastrointestinais inferiores, uma vez que a SII se sobrepõe frequentemente à DF; essencial para avaliar a doença*
 - *Avaliação do histórico de drogas (particularmente sobre opióides e cannabis)*
-

CONSIDERAR EM CASOS ESPECÍFICOS



- *Endoscopia para pacientes cujos sintomas iniciaram recentemente, apresentam perda de peso e têm mais de 55 anos de idade; a biópsia deve ser feita se o status da *H. pylori* for desconhecido na endoscopia*
 - *Esvaziamento gástrico (preferencialmente cintigrafia) em caso de náuseas/vômitos*
-

NÃO É ÚTIL COMO TESTE DE ROTINA



- *Análises ao sangue*



QUAIS SÃO OS CONCEITOS GERAIS DE GESTÃO OS SINTOMAS DE DF?

1 CONSELHOS SOBRE O ESTILO DE VIDA

Dieta saudável



Limitar a ingestão de potenciais gatilhos alimentares (cafeína, alimentos condimentados...)

Atividade física regular



Sono regular

Probióticos



Se falhar

2 TRATAMENTO À BASE DE MEDICAMENTOS

Supressão de ácidos

IBP ou H2RA

Procinéticos

Antagonista D2, agonistas da motilina 5HT4



Se falhar



Considerar o encaminhamento para um gastroenterologista

3 NEUROMODULADORES

Antidepressivo tricíclico

Se falhar

4 Terapia comportamental cognitiva, hipnoterapia, gestão do stress





O que dizer ao utente?



Perguntas mais frequentes

Existe cura? Esta doença é crónica/permanente?

A DF pode ser tratada, mas não curada. É possível uma recuperação voluntária.

É provável que venha a desenvolver cancro?

A DF não parece ser suscetível de levar o utente a desenvolver qualquer tipo de cancro

O que causa a DF?

A DF é uma doença multifatorial causada por alterações da sensibilidade intestinal, da motilidade, da microbiota e da comunicação entre o intestino e o cérebro

A dieta pode ajudar a reduzir os sintomas?

A alimentação é relevante e constitui um forte aliado

Beber água ajuda na dispepsia?

A água não melhora a DF

Posso morrer de FD?

A DF não aumenta o risco de morte

QUANDO MARCAR UM ACOMPANHAMENTO?



A abordagem de acompanhamento depende da resposta ao tratamento (muitos não respondem)

2-3 meses é um bom intervalo para o acompanhamento, com intervalos maiores em caso de resposta ao tratamento

Em função da iniciativa do paciente

REFERÊNCIAS

1. Vanuytsel T, Bercik P, Boeckxstaens G. Understanding neuroimmune interactions in disorders of gut–brain interaction: from functional to immune-mediated disorders. *Gut*. 2023. 72:787–798.
2. Rome Foundation: Rome IV Criteria. Accessed on 27/02/2024, available at: <https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria>
3. Black CJ, Paine PA, Agrawal A *et al*. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia. *Gut*. 2022 Sep;71(9):1697-1723.
4. Lee K, Kwong C, Yeniova AO, *et al*. Global prevalence of Functional Dyspepsia according to Rome criteria, 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports* 2024; 14:4172.
5. Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *N Engl J Med*. 2015;373:1853-63.
6. Wauters L, Dickman R, Drug V, *et al*. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J*. 2021 Apr;9(3):307-331.
7. Corsetti M, Fox M. The management of functional dyspepsia in clinical practice: what lessons can be learnt from recent literature? *F1000Research*. 2017, 6(F1000 Faculty Rev):1778 Last updated:



ESTE DOCUMENTO FOI CRIADO EM COLABORAÇÃO COM



Maura Corsetti

Maura Corsetti é professora associada de gastroenterologia na Universidade de Nottingham. É uma especialista internacionalmente reconhecida em distúrbios gastrointestinais funcionais e membro do Conselho de Administração da Fundação Roma, copresidente do Comitê Roma V sobre Distúrbios intestinais funcionais e editora-chefe da Neurogastroenterology and Motility (revista oficial da Associação europeia e americana de neurogastroenterologia e motilidade).



Nicholas Talley

O professor Nicholas Talley é um reconhecido neurogastroenterologista, clínico e educador com um interesse pela investigação em distúrbios das interações intestino-cérebro e distúrbios gastrointestinais eosinofílicos. Nick é atualmente chefe da disciplina de medicina na Universidade de Newcastle, um bolsheiro que lidera o NHMRC e o principal investigador do Centro de excelência de investigação do NHMRC em saúde digestiva em Newcastle.



Lucas Wauters

Lucas Wauters é professor de gastrenterologia e investigador principal no Centro de investigação translacional em distúrbios gastrointestinais (TARGID) na Universidade de Lovaina, com ênfase nos distúrbios gastrointestinais do intestino delgado. Foi o primeiro autor do consenso europeu e do curso on-line da UEG sobre dispepsia funcional.