



Dispepsia

DISPEPSIA

Dispepsia

- Dor epigástrica
- Plenitude pós prandial
- Náuseas e vômitos
- Pirose
- Possíveis causas:
 - Doença do refluxo gastroesofágico
 - Dispepsia funcional → Principal causa
 - Úlcera
 - *H. pylori*
 - Biliar
 - Parasitoses
 - Intolerâncias
 - Câncer
 - Gastroparesias
 - Pancreatites
 - Medicamentos → Anti-inflamatórios
- Conduta:
 - **Sinais de alarme?**
 - Idade > 40-50 anos
 - Histórico familiar de Câncer
 - Disfagia
 - Vômitos recorrentes
 - Massa abdominal
 - Anemia
 - Sangramentos
 - Perda ponderal
 - Não tem sinal de alarme
 - Teste não invasivo para *H. pylori*
 - Positivo
 - Erradicar o *H. pylori* + IBP por 4-8 semanas
 - Negativo
 - Inibidores de bomba de prótons (IBP) por 4-8 semanas
 - Possui sinal de alarme
 - Realizar uma endoscopia digestiva alta
 - Tratar conforme achados na endoscopia

Doença do Refluxo Gastroesofágico

- Mecanismo?
 - Relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago
 - Hipotonia esfíncter inferior do esôfago
 - Aumento da pressão intra-abdominal
 - Diminuição do esvaziamento gástrico
 - Diminuição da saliva
 - Acid pocket
- Sintomas
 - Típicos
 - Pirose
 - Regurgitação
 - Atípicos
 - Dor torácica não cardíaca
 - Globus faríngeo
 - Tosse crônica
 - Rouquidão
 - Pigarro
 - Desgaste do esmalte dentário
 - Halitose
 - Aftas orais
- Como diagnosticar
 - Diagnóstico clínico e teste terapêutico
 - Simples e baixo custo
 - Sensibilidade 60-80%
 - Especificidade 30-70%
 - Positivo em outras patologias
 - Endoscopia
 - Maior custo e invasivo
 - Avaliar:
 - Complicações
 - Úlcera



- Estenose



- Esôfago de Barrett



- Diagnóstico diferencial
 - 60-70% normal
 - Esofagite: 30 a 40%
 - Grau C e D confirmam diagnóstico pelo Consenso de Leon
 - Classificação de Los Angeles
- Grau A → Erosões lineares não confluentes < 5 mm



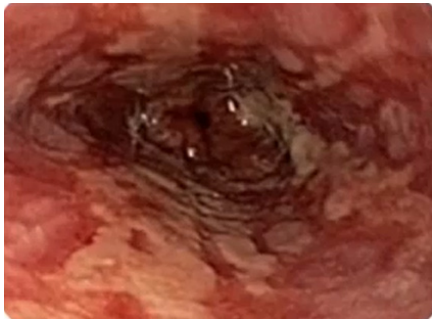
- Grau B → Erosões lineares não confluentes > 5 mm



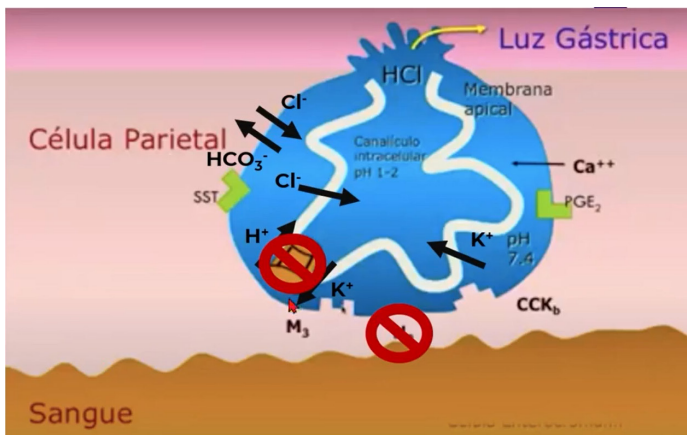
- Grau C → Erosões confluentes que ocupam < 75% da luz do órgão



- Grau D → Erosões confluentes que ocupam > 75% da luz do órgão



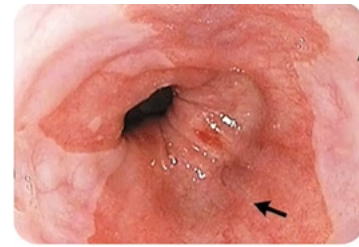
- Impedância (pHmetria)
 - Padrão ouro
 - Desconfortável
 - Requer manometria
 - Variação diária
 - Indicações
 - Programação cirúrgica
 - DRGE refrataria
 - Sem uso de IBP se ausência de diagnóstico de certeza prévio
 - TEA = Tempo com pH < 4
 - TEA < 4 % = Contra refluxo
 - TEA 4-6% = Pode ser
 - TEA > 6% REFLUXO
 - Escore DeMeester > 14,7 sugere doença do refluxo
 - Impedância
 - Mais cara
 - Menos disponível
 - Movimento do bolo alimentar
 - Refluxo ácido e não ácido
- ➔ Como abordar
 - Ausência de sinais de alarme
 - IBP 4 a 8 semanas
 - Com sinais de alarme ou sintomas refratários
 - Endoscopia digestiva alta
 - Sintomas extra esofágicos isolados?
 - Se discute a confirmação diagnóstica antes de começar a terapia empírica
- ➔ Como tratar
 - Medidas antirreflexo
 - Perder peso
 - Elevar cabeceira (15 cm)
 - Alimentação?
 - Evitar algumas medicações
 - Não se deitar após refeições
 - Fracionar dieta e evitar longos períodos de jejum
 - Cessar tabagismo
 - Fármacos
 - **IBP**
 - Dose padrão dos IBPs
 - Omeprazol: 20-40 mg/dia
 - Pantoprazol: 40 mg/dia
 - Rabeprazol: 20 mg/dia
 - Esomeprazol: 20-40 mg/di
 - Lansoprazol: 30 mg/dia
 - Dexlansoprazol: 30-60 mg/dia
 - Os IBPs diferem em biodisponibilidade, pico plasmático e rota de excreção, mas a relevância clínica destas diferenças não está estabelecida
 - Efeitos adversos (hipocloridria → prejuízo nos mecanismos de defesa → redução na absorção de nutrientes)
 - **Pólipos de glândulas fúngicas**
 - **Infecções entéricas**
 - **Nefrite intersticial aguda**
 - Clostridium
 - Câncer gástrico
 - Pneumonia
 - Anemia
 - Hipocalcemia → Osteoporose? Fraturas?
 - Deficiência B12 → Demência?
 - Hipomagnesemia
 - PBE
 - SIBO
 - PCABs (Bloqueadores ácidos competitivos de potássio) → Vonoprazan 10 e 20 mg
 - Anti H2
 - Procinéticos → caso haja suspeita de retardo do esvaziamento gástrico
 - Antiácidos
 - Alginato → efeito sobre o bolsão ácido
 - Baclofeno → Aumenta o tônus e possui sono como um importante efeito adverso



- Cirurgia
 - Fundoplicatura
 - Total = Nissen
 - Parcial = Dor / Toupet
 - Quando indicar
 - Desejo de parar IBP
 - Má adesão medicamentos
 - Efeitos colaterais de medicamentos
 - Hérnia volumosa
 - Esofagite refratária
 - Aspiração refratária
- Endoscópico
 - Stretta (Radiofrequência)
 - Indicações
 - Desejo de parar IBP
 - Realizar manometria e pHmetria antes!
 - Contraindicações
 - Hernias de hiato > 2-3 cm
 - Disfagia
 - Esofagite C ou D
 - Hipotonia importante EIE?

Esôfago de Barrett

- ➔ Epitélio colunar com metaplasia intestinal em esôfago distal



- ➔ Metaplasia ➔ Displasia ➔ Adenocarcinoma
- ➔ Tratamento
 - IBP para todos
 - Fundoplicatura pode ser considerada para o controle de sintomas
- ➔ Monitorização
 - **Sem displasia** ➔ Vigilância endoscópica a cada 3-5 anos
 - **Displasia de baixo grau** ➔ Nova EDA em 6 a 12 meses/ discutir ablação endoscópica
 - **Displasia de alto grau** ➔ Terapia endoscópica: Ressecção (mucosectomia/ESD) ou Ablação
 - **Adenocarcinoma** ➔ Estadiar!
- ➔ Obs.: quando a biopsia sugerir displasia, necessita-se de revisão por um patologista experiente
- ➔ Longo > 3 cm
- ➔ Curto < 3 cm
- ➔ Ultracurto < 1 cm

Hérnia de Hiato

- ➔ Normal



→ Tipo I

- Por deslizamento
- Mais comum



→ Tipo II

- Por rolamento
- Operar caso sejam hérnias grandes



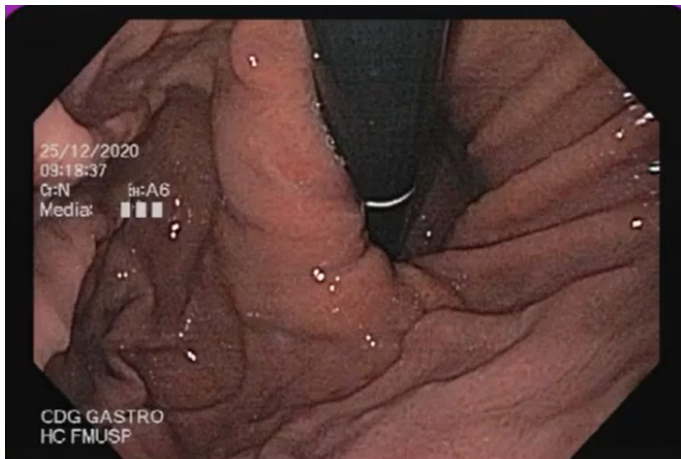
→ Tipo III

- Mista
- Operar caso sejam hérnias grandes



→ Tipo IV

- Herniação gástrica e de outros órgãos



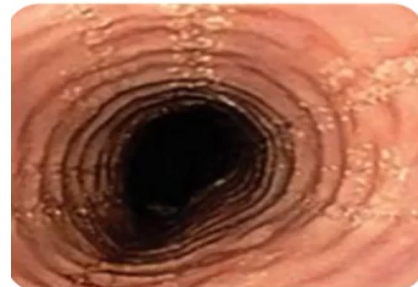
Esofagite Infecciosa

- ➔ Odinofagia/ disfagia
- ➔ Associação
 - Imunodeprimidos (neoplasias/SIDA)
 - Diabetes Melitus
 - Uso de ATBs
 - Deglutição de corticoide inalatório
- ➔ Candidíase
 - Mais comum
 - Presença de placas esbranquiçadas
 - Tratar com Fluconazol
- ➔ Herpética (HSV-1)
 - A maioria não tem herpes labial concomitante
 - Vesículas/ algumas ulcerações
 - Tratar com Aciclovir
- ➔ CMV
 - Úlcera extensa (única?)
 - Tratar com Ganciclovir

Esofagite Eosinofílica

- ➔ Doença imunomediada crônica
- ➔ Homem (3:1) jovem
- ➔ História de asma/ atopia
- ➔ Quadro clínico
 - Na criança
 - Déficit de crescimento
 - Recusa/intolerância alimentar
 - Irritabilidade
 - Náuseas
 - Vômitos
 - Dor torácica e abdominal
 - Pirose
 - No adulto
 - Disfagia
 - Impactação alimentar
 - Pirose
- ➔ Diagnóstico diferencial de DRGE refrataria
- ➔ Diagnóstico
 - Endoscopia com biópsias de esôfago
 - Sulcos longitudinais
 - Exsudatos esbranquiçados

- Anéis
- > 14 eosinófilos/ CGA



➔ Tratamento

- Dieta
 - Six food elimination – LOTSA- MAR
 - Leite
 - Ovos
 - Trigo
 - Soja
 - Amendoim
 - Frutos do mar
- Drogas
 - IBP
 - Corticoide tópico
 - Adapta os inalatórios
- Fluticasona
- Budesonida
- Dilatação
 - Se estenose
- Reavaliação endoscópica após 8 semanas
- Terapia de manutenção

Questões

1) SURCE 2018 - R1

Paciente de 18 anos, feminina, é atendida no ambulatório por queixa de epigastralgia. Refere que a dor é “em ardência”, em epigástrio, sem irradiações, sem piora com movimentação, porém melhora com ingesta alimentar (aumento de peso de 3kg no período dos sintomas). Relata que o quadro se iniciou há 3 meses, sendo observado com frequência diária. Nega sangramentos ou melena. Exame físico normal. Não há histórico familiar patológico relevante e a paciente era previamente saudável. Não havia histórico de uso de medicações. Exames laboratoriais (hemograma, proteína C reativa, creatinina e tireotropina) estavam normais. Qual a conduta mais apropriada, nesse momento?

- A) Indicar realização de endoscopia digestiva alta.
- B) Pesquisar antígeno fecal para *Helicobacter pylori*.
- C) Realizar tratamento para *Helicobacter pylori*.
- D) Prescrever bloqueador de bomba de prótons

2) UNESP 2022 - R3

Homem de 54 anos apresenta epigastralgia eventual. Sem comorbidades. Hemograma: Hb 11,8 g/dL, Ht 33%, volume corpuscular médio 72 fL, GB 5600/mm³ e plaquetas: 380000/mm³. A conduta recomendada é:

- A) Prescrever inibidor de bomba de prótons e reavaliar paciente em 2 meses.
- B) Tratar *H. pylori* e realizar pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- C) Realizar endoscopia digestiva alta.
- D) Realizar endoscopia digestiva alta e colonoscopia

3) SUS BA 2018 - R1

Homem, 35 anos de idade, vem para consulta na UBS queixando-se de queimação retroesternal, diariamente, principalmente após as refeições, há vários meses. Às vezes, sente gosto amargo na boca principalmente à noite. Nega epigastralgia ou empachamento pós-prandial. Acredita que o

quadro piora quando come molho de tomate ou toma refrigerante. Nega comorbidades. Exame físico sem alterações. Traz uma endoscopia digestiva alta realizada há um mês, com achado de gastrite enantematosa leve de antro, com pesquisa de *H. pylori* negativa. Está tomando omeprazol 20mg ao dia, há duas semanas, por conta própria, tendo percebido melhora dos sintomas. Já fez uso por outras vezes, mas os sintomas sempre recorrem quando suspende a medicação. Refere preocupação, porque viu na internet que o omeprazol pode causar demência. O paciente se queixa, também, das dificuldades em tomar regularmente a medicação.

Diante do quadro, indique

- A) A hipótese diagnóstica mais provável e o exame mais apropriado para a confirmação do diagnóstico.
- B) A conduta terapêutica específica e, de eficácia compare alternativa ao tratamento que o paciente já faz.
- C) A causa da demência que, raramente, poderia se associar uso prolongado de omeprazol.

4) USP – 2021 R3

Homem de 56 anos foi submetido a endoscopia digestiva alta para avaliação de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico. Ao exame, foram observadas na mucosa esofagiana da transição esofagogástrica duas erosões lineares de 4,0 e 4,5 mm, não confluentes, localizadas nas pregas mucosas. O grau da classificação de Los Angeles é:

- A) A
- B) B
- C) C
- D) D

5) IAMSPE 2022- R3

Qual alternativa não está relacionada à infecção pelo *Helicobacter pylori* nos seres humanos?

- A) maltoma gástrico
- B) gastrite atrófica
- C) carcinoma gástrico
- D) esofagite de refluxo
- E) úlcera péptica

6) PSU 2022 - R3

A despeito do grande e indiscutível benefício dos inibidores de bomba de prótons (IBP) no tratamento de doenças cloridro-pépticas do trato digestório superior esses medicamentos estão no topo da lista das prescrições inadequadas. O uso prolongado dos IBP está associado a diversas complicações. Assinale a alternativa que NÃO apresenta um efeito colateral possível decorrente do uso prolongado (mais de 1 ano) de IBP:

- A) Colelitíase
- B) Deficiência de vitamina B12
- C) Hipomagnesemia
- D) Infecção por *Clostridioides difficile*

7) UNIFESP 2021 - R3

Em relação ao esôfago de Barrett longo e curto, assinale a alternativa correta.

- A) Em ambos, a prevalência de adenocarcinoma é 50% maior do que na população geral.
- B) Independente da extensão, o tratamento do esôfago de Barrett é cirúrgico.
- C) O diagnóstico é feito pela biópsia endoscópica no curto, enquanto no longo ela não é necessária.
- D) A prevalência de displasia é maior no longo do que no curto.

8) USP 2017 - R1

Homem de 42 anos de idade queixa-se de tosse seca há 6 meses, pior aos grandes esforços e ao decúbito, A radiografia de tórax está mostrada a seguir. Qual exame complementar é necessário para a avaliação da causa da tosse?



- A) Endoscopia Digestiva Alta
- B) Broncoscopia com lavado.
- C) Ecodopplercardiograma.
- D) Angiografia torácica.

9) USP-RP - 2021 – RI

Homem, 45 anos, obeso e tabagista, queixa-se de pirose pós prandial associada a regurgitações amargas há 3 meses. Atribui piora dos sintomas a ingestão de alimentos gordurosos, refrigerantes e bebidas alcoólicas. Alívio parcial com uso de antiácidos. Qual o principal mecanismo fisiopatológico considerando a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Aperistalse do corpo do esôfago.
- B) Hipersecreção gástrica.
- C) Aceleração no esvaziamento gástrico.
- D) Relaxamento transitório de esfíncter esofágico

10) SUS-SP - 2021 – RT

Paciente de 65 anos, tabagista ativo e etilista, com história de dificuldade de deglutição de carne vermelha, associada a queixa de pirose e queimação retroesternal, iniciado inibidor de bomba de prótons e orientada interrupção do tabagismo, ajuste de dieta e medidas antirrefluxo. Após dois meses, o paciente retorna com perda ponderal de 8 kg e progressão do distúrbio de deglutição para alimentos pastosos. A conduta preconizada pelas diretrizes atuais, nesse momento, é:

- A) aumentar ou trocar o inibidor de bomba de prótons.
- B) associar bromoprida ao tratamento atual.
- C) realizar um ultrassom hepático.
- D) realizar uma endoscopia digestiva alta.
- E) associar vitamina B12 ao tratamento atual.

11) UFPR- 2017- R1

Paciente do sexo feminino, 34 anos, portadora de asma brônquica, procura assistência médica devido à odinofagia e disfagia de início há 10 dias. Foi submetida à endoscopia digestiva alta com achados endoscópicos sugestivos de esofagite secundária a cândida. Qual medicamento é o mais apropriado para o tratamento dessa paciente?

- A) Aciclovir.
- B) Pantoprazol.
- C) Ranitidina.
- D) Fluconazol.
- E) Ganciclovir.

12) HCPA 2022 - R3

Paciente feminina, de 35 anos, consultou por vir apresentando queimação retroesternal e regurgitação há cerca de 1 ano, com piora nos últimos 2 meses. Relatou sensação de disfagia baixa, principalmente para alimentos sólidos. Negou emagrecimento recente, náuseas ou vômitos e história familiar de neoplasia do trato gastrointestinal. Informou ter asma persistente leve desde a adolescência, para a qual faz uso crônico de formoterol + budesonida inalatórios. O exame físico foi normal. Com base no quadro, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A) Indicar endoscopia digestiva alta
- B) Investigar com pHmetria de 24 horas e manometria esofágica.
- C) Iniciar teste terapêutico com omeprazol (20mg, 1 vez/dia).
- D) Solicitar raio x contrastado de esôfago, estômago e duodeno

13) UNICAMP 2022 - R3

Homem, 16 anos, queixa-se de vômitos e dor abdominal recorrente. Refere emagrecimento de 3kg nos últimos seis meses, associado à piora da dor epigástrica, impactação com líquidos e episódios de urticária e angioedema. Antecedentes pessoais: alergia à proteína do leite de vaca diagnosticada aos 3 meses de idade (IgE sérica aumentada). Refluxo gastroesofágico em uso regular de inibidores de bomba de prótons há dois anos. PARA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, O EXAME CONFIRMATÓRIO E A TERAPÊUTICA ADEQUADA SÃO:

- A) Endoscopia digestiva com pesquisa de *H. pylori*; manter tratamento com inibidores de bomba de prótons.
- B) pHmetria esofágica; associar domperidona e orientar medidas não farmacológicas antirrefluxo.
- C) Cintilografia de esvaziamento gástrico; otimizar dose de inibidor de bomba de prótons e associar bromoprida.
- D) Endoscopia e biópsia; associar inalação oral com fluticasona e dieta de exclusão de leite de vaca

Gabarito

- 1- B
- 2- D
- 3-
 - a) Doença do Refluxo Gastresofágico
 - pHmetria esofágica prolongada (24 horas)
 - b) Funduplicatura
 - c) Deficiência de Vitamina B12
- 4- A
- 5- D
- 6- A
- 7- D
- 8- A
- 9- D
- 10- D
- 11- D
- 12- A
- 13- D