

# BMJ Best Practice

## Avaliação da dispepsia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>6</b>
Etiologia	6
<b>Emergencies</b>	<b>9</b>
Considerações de urgência	9
<b>Diagnóstico</b>	<b>11</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	11
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	15
Diretrizes de diagnóstico	26
<b>Referências</b>	<b>27</b>
<b>Imagens</b>	<b>30</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>32</b>

## Resumo

- ◊ Dispepsia é um sintoma ou uma combinação de sintomas que alerta o médico quanto à presença de um problema do trato gastrointestinal superior. Os sintomas típicos incluem dor ou queimação epigástrica, saciedade precoce e preenchimento pós-prandial, eructação, distensão abdominal, náuseas ou desconforto na parte superior do abdome. Os sintomas são o foco central dessa avaliação; por isso, é essencial que sejam descritos de um modo que seja relevante para os pacientes.[\[1\]](#)

Os médicos que usam uma avaliação baseada em sintomas para avaliar o trato gastrointestinal superior precisam estar cientes da incerteza inerente ao diagnóstico nessa abordagem. Essas avaliações podem fornecer diagnósticos preliminares funcionais, mas sempre há um perigo de erro na classificação. Uma consequência importante da incapacidade de fazer um diagnóstico definitivo com base somente nos sintomas é o excesso de diagnósticos de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e pouco conhecimento da doença relacionada a *Helicobacter pylori*. A reavaliação periódica pode adicionar uma camada de segurança, mas o tempo e a frequência da reavaliação precisam ser individualizados.[\[2\]](#)

A nomenclatura para dispepsia é confusa. Isso ocorre principalmente porque algumas organizações médicas incluem todos os sintomas do trato gastrointestinal superior no termo dispepsia, em seguida separam os pacientes com sintomas sugestivos de DRGE para o manejo adequado, enquanto outros reconhecem a sobreposição dos sintomas entre as várias causas dos sintomas do trato gastrointestinal superior, mas optam por separar os sintomas sugestivos de DRGE antes de aplicar o termo dispepsia. Ambas as abordagens recomendam identificar os pacientes cujos sintomas sugerem DRGE e manejá-los como tendo a doença do refluxo.

O American College of Gastroenterology e a Canadian Association of Gastroenterology publicaram diretrizes conjuntas para o manejo da dispepsia.[\[3\]](#) A definição operacional de dispepsia utilizada na diretriz é dor epigástrica predominante. Os autores reconhecem que os pacientes podem apresentar náuseas, vômitos ou preenchimento, mas, uma vez que a principal preocupação dos pacientes é a dor epigástrica, eles devem ser tratados como pacientes portadores de dispepsia.

A revisão técnica da American Gastroenterological Association para a avaliação de dispepsia exclui pacientes com sintomas que sugerem DRGE e inclui apenas os pacientes com os sintomas típicos listados acima.[\[4\]](#) A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido sobre DRGE e dispepsia em adultos foi atualizada pela última vez em 2014,[\[5\]](#) e embora a DRGE e a dispepsia sejam consideradas, um algoritmo distinto é sugerido para pacientes com sintomas típicos de DRGE.

### ◊ **Classificação da dispepsia :**

Pacientes com dispepsia podem ser classificados com base no tipo ou nos desfechos das investigações efetuadas. Os trabalhos de pesquisa frequentemente vão se referir a diferentes categorias de pacientes com dispepsia; por isso é importante entender as descrições dos subgrupos mais comuns de pacientes com dispepsia que foram apresentadas.

A dispepsia não investigada é classificada como uma afecção com sintomas característicos clinicamente avaliados como sendo originários do trato gastrointestinal superior, mas que não foram recentemente investigados pela endoscopia digestiva alta.[\[3\]](#) [\[5\]](#) [\[4\]](#) Os sintomas incluem dor ou queimação epigástrica, saciedade precoce e preenchimento pós-prandial, eructação, distensão abdominal, náuseas ou desconforto no abdome superior.

Dispepsia funcional (às vezes chamada de dispepsia não ulcerativa) refere-se a uma situação em que a endoscopia digestiva alta não revelou uma causa potencial para a dispepsia. Ela é geralmente reservada para pacientes com endoscopia normal cujos sintomas não sugerem doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). (É dito que pacientes de DRGE com endoscopia normal têm doença do refluxo não erosiva).[3] [4] [6]

A nova classificação Rome IV subdivide a dispepsia funcional em 3 categorias:[7]

- Síndrome do desconforto pós-prandial (SDP), que é caracterizada por sintomas dispépticos induzidos pela refeição, como desconforto, dor, náusea e preenchimento
- Síndrome da dor epigástrica (SDE), que se refere à dor epigástrica, ou queimação epigástrica, que não ocorre exclusivamente pós-prandialmente, pode ocorrer durante o jejum e pode até mesmo melhorar com a ingestão de alimento
- Superposição de SDP e SDE, que é caracterizada por sintomas dispépticos induzidos pela refeição e dor ou queimação epigástrica.

A DRGE e a dispepsia estão relacionadas e podem se sobrepor. Pacientes com pirose incômoda e/ou regurgitação ácida podem ser diagnosticados clinicamente como tendo DRGE.[6] Sabe-se que muitos pacientes com DRGE terão apresentações atípicas, como queimação ou dor epigástrica, e, portanto, os sintomas farão com que sejam colocados no grupo de pacientes com dispepsia não investigada. Mais da metade dos pacientes com DRGE tem um esôfago normal na endoscopia. Atualmente há um consenso disseminado de que os pacientes com pirose incômoda e/ou regurgitação ácida geralmente podem ser diagnosticados clinicamente como tendo DRGE, sem a necessidade de endoscopia.[6]

A extensão ou gravidade da dispepsia do paciente é medida pelo relatório do paciente sobre o impacto dos sintomas na sua qualidade de vida e funções. A avaliação da gravidade da dispepsia do paciente geralmente refere-se ao grau em que afeta o trabalho, o sono, a alimentação ou o lazer.[5] [4]

#### ◊ Epidemiologia :

Uma metanálise de estudos populacionais avaliando a prevalência da dispepsia não investigada encontrou uma prevalência em pool de 20.8% (IC de 95% 17.8% a 23.9%).[8] A prevalência variou de acordo com o país (1.8% a 57.0%) e os critérios utilizados para definir dispepsia. Os maiores valores de prevalência foram encontrados quando foi utilizada uma definição muito ampla de dispepsia (29.5%; IC de 95% 25.3% a 33.8%). Quando a dor ou desconforto abdominal superior ou epigástrico foi utilizado, a prevalência foi menor (20.4%; IC de 95% 16.3% a 24.8%). A prevalência foi mais alta nas mulheres (RC 1.24; IC de 95% 1.13 a 1.36), fumantes (RC 1.25; IC de 95% 1.12 a 1.40), pessoas que tomam medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (RC 1.59; IC de 95% 1.27 a 1.99) e pessoas positivas para Helicobacter pylori (RC 1.18; IC de 95% 1.04 a 1.33).

Uma pesquisa em saúde transversal na Internet constatou que a dispepsia funcional Rome IV é muito mais prevalente nos EUA (232 [12%] de 1949 respostas) do que no Canadá (167 [8%] de 1988 respostas) e no Reino Unido (152 [8%] de 1994 respostas;  $p<0.0001$ ).[9] A distribuição de subtipo foi 61% de síndrome do desconforto pós-prandial, 18% de síndrome da dor epigástrica e 21% de variante sobreposta com as duas síndromes; este padrão foi similar entre os países.

Há evidências de questões especiais relacionadas à dispepsia funcional nas mulheres.[10] Foi mostrado que a dispepsia tem um impacto negativo significativo na qualidade de vida. O impacto se refere a alterações no sono, dieta e interferência nas atividades de trabalho e lazer. Mulheres

que sofreram abuso emocional ou físico parecem ser particularmente vulneráveis a desenvolver sintomas da dispepsia e síndrome do intestino irritável (SII).

Há muita sobreposição entre dispepsia funcional e SII. Os pacientes com os dois distúrbios têm uma carga e sintomas muito maior e são mais propensos a consultar um médico.[\[11\]](#)

## Etiologia

Existem várias possíveis causas subjacentes dos sintomas do trato gastrointestinal superior, incluindo doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), úlcera péptica, infecção por *Helicobacter pylori*, uma variedade de medicamentos e, raramente, malignidade do trato gastrointestinal superior. Na prática, no entanto, a etiologia real frequentemente não é confirmada e o paciente é avaliado e manejado como tendo dispepsia não investigada.

### Dispepsia não investigada

Em pacientes com dispepsia não investigada, dispepsia funcional (hipersensibilidade intestinal, distúrbios de motilidade, infecção por *H pylori*, doença do refluxo não erosiva apenas com sintomas epigástricos, irritabilidade pós-infecciosa e fatores psicossociais) e esofagite de refluxo tipicamente serão as causas mais comuns. As causas secundárias mais comuns são gastrite e duodenite (com ou sem úlceras), em decorrência de aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou infecção por *H pylori*. Por fim, há casos em que a inflamação ou as úlceras são encontradas no estômago ou no duodeno, mas sem qualquer causa identificável. A malignidade do trato gastrointestinal superior é uma causa de dispepsia incomum, mas muito importante .

### Dispepsia funcional

Dispepsia funcional refere-se a um caso em que a endoscopia digestiva alta não revelou uma causa potencial para a dispepsia. A dispepsia funcional pode ser decorrente de hipersensibilidade intestinal, distúrbios de motilidade, infecção por *H pylori*, doença do refluxo não erosiva apenas com sintomas epigástricos, irritabilidade pós-infecciosa e fatores psicossociais.<sup>[5]</sup> Essas alterações podem ser causadas pelo estado pós-infeccioso, ser idiopáticas ou ter sua origem em complexas interações cérebro-intestino. Fatores psicossociais (incluindo história de violência e abuso) foram implicados na geração dos sintomas; terapias psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia, podem reduzir os sintomas dispépticos em curto prazo em pessoas individuais.<sup>[5]</sup>

### DRGE típica

Os sintomas típicos de DRGE (pirose e regurgitação ácida) nem sempre estão presentes nos pacientes que sofrem de DRGE. Em alguns casos, os pacientes com DRGE terão somente dor epigástrica ou queimação e não será possível identificá-los como portadores de DRGE com base em seus sintomas. Estima-se que mais da metade dos pacientes com DRGE apresentando sintomas epigástricos também terá uma endoscopia digestiva alta normal. O diagnóstico preciso exigiria uma investigação mais profunda, como exames de pH; no entanto, isso não é necessário na maioria dos casos, pois o tratamento com inibidor da bomba de prótons geralmente controlará os sintomas.<sup>[6]</sup>

### Malignidade gastrointestinal superior

A malignidade do trato gastrointestinal superior também pode causar sintomas gastrointestinais superiores indistinguíveis de outras causas de dispepsia; no entanto, os mecanismos de produção de sintomas permanecem obscuros. Sintomas iniciais (duração de alguns meses) com agravamento progressivo em pacientes mais velhos (>60 anos de idade) exigem atenção especial para descartar uma doença maligna como causa subjacente de dispepsia.<sup>[3] [4] [12]</sup>

Na Ásia e algumas partes da Europa Oriental, as malignidades gastrointestinais superiores são também uma consideração importante em pessoas mais jovens; portanto, o limiar para a investigação deve ser adaptado aos protocolos locais.

## Medicamentos

As medicações (particularmente os AINEs, inibidores de ciclo-oxigenase [COX]-2 e aspirina) podem ser irritantes para o trato gastrointestinal, particularmente em sua porção superior onde a exposição às secreções gástricas ácidas podem contribuir para os problemas. A COX-1 tem um efeito protetor de manutenção da mucosa gastrointestinal e, quando bloqueada por aspirina ou AINEs, a mucosa pode tornar-se irritada, causando sintomas, erosões ou úlceras. Os sintomas podem ocorrer sem úlceras e as úlceras podem ocorrer sem sintomas. Os inibidores seletivos de COX-2 têm cerca de metade da probabilidade dos AINEs não seletivos de causar ulceração, e eles também podem causar sintomas da dispepsia.[\[13\]](#)

Outros medicamentos também podem causar dispepsia, frequentemente através da irritação da mucosa e/ou distúrbios de motilidade. Os culpados potenciais incluem os bifosfonatos, nitratos, teofilinas, antibióticos macrolídeos e bloqueadores dos canais de cálcio.

O consumo excessivo de álcool pode causar gastrite, resultando em sintomas dispépticos, como dor abdominal e náusea.

## Gastroparesia

Quase metade dos pacientes com diabetes (do tipo 1 e do tipo 2) sofre de esvaziamento gástrico tardio, conhecido como gastroparesia diabética, que leva à retenção do conteúdo estomacal.[\[14\]](#) Isso pode causar dor ou desconforto na parte superior do abdome, distensão abdominal, saciedade precoce, náuseas, vômitos ou preenchimento pós-prandial (dispepsia diabética).

A gastroparesia pós-viral também pode ocorrer em pessoas jovens sem história de diabetes.

## Distúrbios hepatobiliares

A doença hepática pode causar distensão abdominal, eructação e dor na parte superior do abdome e desconforto indistinguíveis da dispepsia. Quando há comprometimento hepatobiliar, existe classicamente um atraso pós-prandial de 20 a 120 minutos no início, e os sintomas são mais suscetíveis de serem localizados no hemitórax direito ou no abdome superior direito, especialmente no dorso próximo da escápula. A história compatível com dor à palpação no quadrante superior direito ou sinal de Murphy positivo e investigações de suporte aumentam a probabilidade de distúrbios hepatobiliares.

## Distúrbios pancreáticos

Na pancreatite, os pacientes apresentam um início agudo ou subagudo (horas, dias ou semanas), vômitos persistentes e dor intensa no abdome superior (particularmente com a irradiação diretamente para as costas). Pacientes com tumores pancreáticos malignos tendem a ser mais velhos (>50 anos de idade) e, frequentemente, têm sintomas iniciais com agravamento progressivo. Esses sintomas podem incluir anorexia, perda de peso e vômitos persistentes. O exame físico de pacientes com tumores pancreáticos pode revelar uma massa no epigástrico ou icterícia decorrente da obstrução do trato biliar.

## Distúrbios cardíacos

Distúrbios em órgãos e sistemas vizinhos (coração, pâncreas, fígado ou vesícula biliar) são causas potenciais dos sintomas que mascaram os distúrbios do trato gastrointestinal superior. É particularmente

importante excluir inicialmente uma síndrome coronariana aguda como a causa do sintoma por causa de consequências potencialmente catastróficas evidentes desse erro de diagnóstico.

Pacientes com um problema cardíaco agudo podem se apresentar à clínica com sintomas que pareçam se originar do trato gastrointestinal superior. Eles podem descrever pirose, dor de estômago ou dispepsia. Eles também podem ter uma sensação de distensão abdominal, eructação ou outros sintomas de dispepsia. Muito cuidado é necessário ao documentar a história, junto com um alto índice de suspeita para excluir uma origem cardíaca para os sintomas. Os distúrbios cardíacos apresentam-se com uma duração mais curta dos sintomas (horas, dias ou semanas), relação temporal dos sintomas com o esforço físico e características associadas, como dispneia, fraqueza, diaforese ou sinais vitais cardiovasculares alterados. Uma qualidade de queimação da dor não exclui causas cardíacas.[\[15\]](#) [\[16\]](#)

## Outras doenças

A hipercalcemia pode causar dores abdominais vagas, que por sua vez podem simular a dispepsia. A doença celíaca e a intolerância à lactose também podem causar sintomas da dispepsia, por exemplo, distensão abdominal e inchaço. O exame físico é geralmente normal em ambas as condições.

A dor que emana da parede abdominal pode ser confundida com dispepsia.

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

## Doença arterial coronariana (DAC)

Deve ser excluída, como o primeiro passo na avaliação de dispepsia. A história é crítica, particularmente em uma idade inesperada em que a anomalia coronariana congênita ou o abuso de substâncias (por exemplo, anfetaminas) possa ser um fator. Ao fazer a avaliação da dispepsia, considere que os distúrbios cardíacos apresentam-se com uma duração mais curta dos sintomas (horas, dias ou semanas), relação temporal dos sintomas com o esforço físico e características associadas, como dispneia, fraqueza, diaforese ou sinais vitais cardiovasculares alterados. Qualidade de queimação da dor e ausência de fatores de risco padrão não excluem causas cardíacas.[\[15\]](#) [\[16\]](#)

Os exames diagnósticos incluem eletrocardiograma (ECG), troponina sérica, teste ergométrico, varredura de 99mTc-metoxi-isobutil-isonitrila e angiografia coronariana. Pacientes com suspeita de um problema cardíaco agudo deverão ser avaliados para determinar a necessidade de uma intervenção urgente para proteger o músculo cardíaco ameaçado. Essas intervenções incluem a terapia antiagregante plaquetária (aspirina ou clopidogrel), anticoagulantes como heparina, terapia trombolítica ou colocação de uma endoprótese da artéria coronária.

Outros problemas cardiovasculares agudos que podem apresentar sintomas que causam confusão com a dispepsia podem incluir aneurisma aórtico dissecante, pericardite, cardiomiopatia e, raramente, arritmias cardíacas.

## Neoplasia do trato gastrointestinal superior

Neoplasia é uma causa rara de sintomas no trato gastrointestinal superior na atenção primária;[\[17\]](#) no entanto, pacientes mais velhos são muito mais propensos que os mais jovens a ter uma neoplasia como causa subjacente para os seus sintomas. Não foi identificado um limite inferior de idade que excluirá completamente qualquer risco de neoplasia do trato gastrointestinal superior; no entanto, nos países desenvolvidos em todo o mundo, pacientes <60 anos de idade têm probabilidade muito baixa de neoplasia gastrointestinal superior como a causa de seus sintomas. O risco de malignidade do trato gastrointestinal superior aumenta à medida que cada década de vida adicional é atingida.[\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[12\]](#)

As características padrão de alarme de doença grave no trato gastrointestinal superior podem ser lembradas pela sigla VBAD:

V: vômitos

S: sangramento ou anemia

A: massa abdominal ou perda de peso não intencional

D: disfagia.

Dos pacientes com sinais de alarme, 3.8% terão neoplasia do trato gastrointestinal superior e 12.8% terão doença complicada (ou seja, com sangramento, perfuração, isquemia ou obstrução) ou doença grave.[\[12\]](#) [\[18\]](#)

Esses sinais de alarme (particularmente quando iniciais, persistentes e progressivas), juntamente com o exame abdominal anormal (típico de perfuração, isquemia e obstrução) são usadas para identificar os pacientes que podem exigir investigações ou intervenções adicionais. Revisões recentes sobre o desempenho das características de alarme as consideram muito sensíveis; quase todos os pacientes que têm a doença maligna terão essas características quando se apresentarem para o atendimento. Os sinais de alarme têm baixo valor preditivo positivo; a maioria dos pacientes com características de alarme não terá malignidade. Tomadas isoladamente, as características de alarme não devem causar preocupação desnecessária.[\[18\]](#) [\[19\]](#)

É necessária uma atenção especial ao avaliar pacientes idosos (>60 anos) com início recente (alguns meses) de sintomas progressivos, particularmente na presença de sinais de alarme. O médico deve avaliar a necessidade de procurar malignidade ou doença complicada do trato gastrointestinal superior (ou seja, com sangramento, perfuração, isquemia ou obstrução);[\[18\]](#) [\[19\]](#) [\[20\]](#) com frequência, isso incluirá uma endoscopia imediata. Ao avaliar pacientes com dispepsia para neoplasia ou doença complicada, é importante considerar a necessidade de uma investigação adicional usando endoscopia digestiva alta (preferencial), radiografia de contraste de bário gastrointestinal superior, tomografia computadorizada abdominal e ultrassonografia abdominal para casos selecionados.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A avaliação da dispepsia não investigada exige a consideração de uma série de fatores; no entanto, a entrevista inicial geralmente se desdobrará de uma forma não estruturada. Os sintomas são o foco central dessa avaliação inicial; por isso, é essencial que as perguntas sobre os sintomas sejam feitas de uma maneira relevante para os pacientes.<sup>[1]</sup> O avaliador deve entender exatamente o que o paciente está vivenciando.

A avaliação clínica cuidadosa é necessária, principalmente para os pacientes >60 anos de idade, aqueles com sinais de alarme e aqueles com sintomas iniciais (há alguns meses) de agravamento ou sintomas atípicos. Uma avaliação clínica cuidadosa supera a idade e as características de alarme isoladamente na busca de malignidade.<sup>[12] [18] [19] [20] [21] [22]</sup> As características padrão de alarme podem ser lembradas pela sigla VBAD:

- V: vômitos
- S: sangramento ou anemia
- A: massa abdominal ou perda de peso não intencional
- D: disfagia.

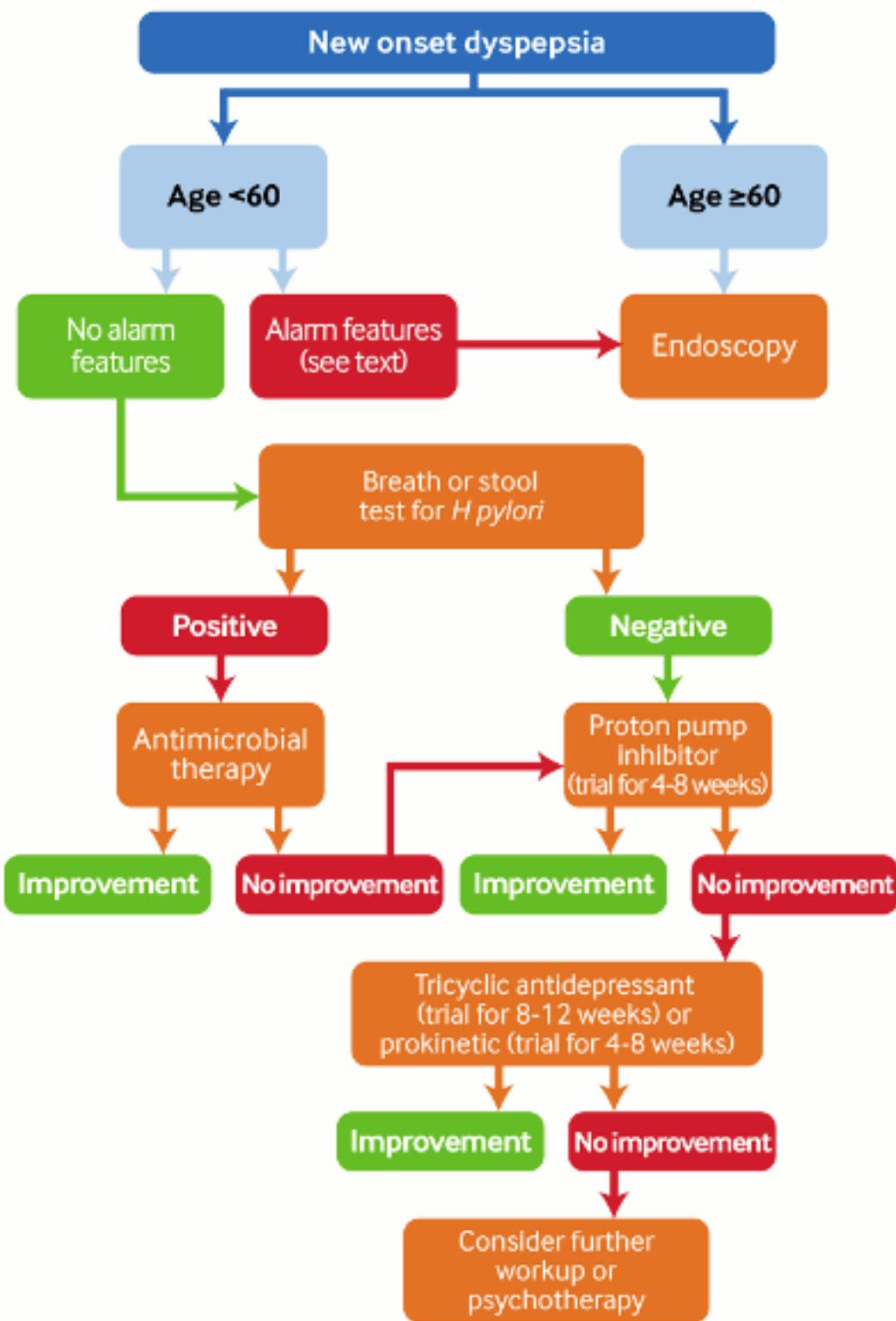
## Avaliação dos pacientes com dispepsia

A avaliação inicial de um paciente com dispepsia se baseia na idade do paciente e na probabilidade de doença grave presente. A história e o exame físico são concebidos para identificar outras condições médicas que podem causar sintomas dispépticos.

A imagem abaixo ilustra uma via de manejo baseada nas diretrizes conjuntas do American College of Gastroenterology e da Canadian Association of Gastroenterology para o manejo da dispepsia. Na maioria dos países ocidentais desenvolvidos, os pacientes com 60 anos de idade ou mais que apresentam dispepsia devem se submeter à endoscopia para descartar doença grave, incluindo malignidade. Em outras regiões do mundo, um limite de idade anterior pode ser conveniente.

Em pacientes com menos de 60 anos, a história e o exame físico também são direcionados para determinar se existe uma condição subjacente grave. As características de alarme, como a perda de peso involuntária, disfagia progressiva, odinofagia, anemia ferropriva inexplicada, vômito persistente, massa palpável no abdome ou uma história familiar de câncer gastrointestinal superior deve suscitar a consideração de uma endoscopia, independentemente da idade do paciente.

Os pacientes sem sintomas de alarme devem receber inicialmente um teste não invasivo para *Helicobacter pylori*. Testes que detectam ativa infecção por *H pylori*, tais como o teste do antígeno fecal ou teste respiratório da ureia, são preferidos, pois a confiabilidade da sorologia tem diminuído significativamente nos últimos anos.<sup>[23]</sup> Pacientes que testam negativo para *H pylori* ou aqueles que ainda são sintomáticos após a erradicação do *H pylori*, devem receber uma tentativa terapêutica curta (4-8 semanas) de terapia com inibidor da bomba de prótons (IBP). Os pacientes que ainda forem sintomáticos após esta tentativa terapêutica podem se beneficiar de um antidepressivo tricíclico (um ciclo de 8-12 semanas) ou terapia de procinéticos (um ciclo de 4-8 semanas).<sup>[3]</sup> Os que não respondem devem ser reavaliados caso novos sintomas ou achados induzam mais investigações. A investigação de distúrbios de motilidade, como a gastroparesia, também deve ser considerada nesse momento, junto com psicoterapia, se for o caso.



## A via para o manejo da dispepsia

Criada pelo BMJ Knowledge Centre com base nas informações que constam nas diretrizes da ACG e CAG.

## Tentativa terapêutica com inibidores da bomba de prótons

Proposta inicialmente como um teste diagnóstico para DRGE, uma tentativa terapêutica com inibidores da bomba de prótons (IBP) hoje faz parte do algoritmo para dispepsia não investigada. Uma tentativa terapêutica do IBP por 1-2 meses pode ser utilizada para prever a resposta ao tratamento para a dispepsia não investigada.<sup>[24] [25] [26]</sup> A resolução dos sintomas em 1-2 meses significa uma tentativa positiva, e a continuação dos sintomas em 1-2 meses, uma tentativa negativa. Uma revisão Cochrane concluiu que os IBPs são eficazes no tratamento da dispepsia funcional.<sup>[27]</sup>

## Exames por imagem

A radiografia gastrointestinal superior não é recomendada como investigação inicial para pacientes que apresentam dispepsia não investigada em virtude do desempenho abaixo do ideal e dos resultados potencialmente enganosos. Ela é limitada a um subconjunto de casos selecionados quando a avaliação endoscópica é indicada, mas não está disponível.<sup>[3]</sup> A avaliação radiológica geralmente deve ser reservada para pacientes que tenham sintomas sugestivos de distúrbios de motilidade do trato gastrointestinal superior ou suspeita de obstrução gastrointestinal superior, quando outras investigações não estiverem prontamente disponíveis.

A ultrassonografia abdominal não é recomendada como parte da investigação para pacientes com dispepsia não investigada.<sup>[3]</sup> pois os resultados podem ser enganosos. A ultrassonografia abdominal pode ser considerada quando a apresentação sugerir uma causa hepatobiliar para os sintomas. O achado de colelitíase não indica que isso seja a causa dos sintomas, já que cálculos assintomáticos frequentemente são encontrados na população geral.

## Endoscopia

O exame de endoscopia digestiva alta é recomendado quando a apresentação sugere doença complicada do trato gastrointestinal superior (obstrução, perfuração e hemorragia) ou uma causa subjacente grave para os sintomas.<sup>[3] [5]</sup> A doença complicada do trato gastrointestinal superior é identificada por qualquer uma das seguintes opções:

- Características de alarme (V: vômito; S: sangramento ou anemia; A: massa abdominal ou perda de peso involuntária; D: disfagia)
- Febre
- Rigidez abdominal
- Hemoglobina baixa.

O exame endoscópico deve ser considerado para pacientes mais velhos (>60 anos de idade) com novo episódio (em poucos meses) de sintomas com agravamento progressivo, especialmente se as características de alarme (VSAD) estiverem presentes. Outros pacientes que poderiam se beneficiar com a endoscopia incluem aqueles com sintomas contínuos após 1-2 meses de tratamento utilizando inibidor da bomba de prótons (IBP) ou tratamento de erradicação do H pylori.<sup>[12]</sup> A endoscopia também pode beneficiar pacientes com apresentações de caso incomuns ou condições de comorbidade significativas, bem como os pacientes que não podem ser tranquilizados na ausência de um exame endoscópico.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Dispepsia funcional

infecção por Helicobacter pylori

DRGE e esofagite

Úlcera péptica

Gastroparesia

Gastrite e duodenite com e sem erosões

Intolerância à lactose

Colelitíase

Colecistite

Dispepsia induzida por medicamento

Doença celíaca

## Incomum

Neoplasia do trato gastrointestinal superior

Parasitas intestinais: giárdia, Cryptosporidium

Doença arterial coronariana (DAC)

Pancreatite aguda ou crônica

Tumores/cânceres de pâncreas

Obstrução do trato hepatobiliar resultante de cálculos, estenose ou tumor

Hipercalcemia

Dor na parede abdominal

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Dispepsia funcional

História	Exame	1º exame	Outros exames
inicio posinfeccioso dos sintomas e fatores psicossociais <sup>[5]</sup>	é previsto que o exame físico seja normal	» <b>hemoglobina:</b> normal » <b>teste respiratório da ureia:</b> negativo	

### ◊ infecção por Helicobacter pylori

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de úlcera péptica prévia, uma história familiar de úlcera péptica e os primeiros anos de vida passados fora da América do Norte e da Europa Ocidental são fatores de risco.	o exame físico não pode detectar a presença ou ausência de infecção por H pylori	» <b>teste respiratório da ureia:</b> resultado positivo se o H pylori estiver presente Solicitado em pacientes com ≤60 anos de idade e sem características de alarme.  Inibidores da bomba de prótons, bismuto e antibióticos podem interferir com o exame.  » <b>teste do antígeno fecal para H pylori:</b> resultado positivo se o H pylori estiver presente Uma alternativa confiável para o teste respiratório da ureia  Inibidores da bomba de prótons, bismuto e antibióticos podem interferir com o exame.	

DIAGNOSIS

## Comum

## ◊ DRGE e esofagite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de DRGE, hérnia hiatal, pirose, regurgitação ácida, disfagia, globus (nó na garganta)	distensão abdominal, laringite, erosão do esmalte, halitose	» <b>tentativa do inibidor da bomba de prótons:</b> melhora dos sintomas Novos exames são indicados se os sintomas não melhorarem com a tentativa terapêutica de um inibidor da bomba de prótons (IBP) ou se o paciente tiver sintomas de alarme.[24]	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> esofagite (erosão, ulcerações, estenoses) ou esôfago de Barrett A endoscopia digestiva alta (EDA) é indicada em sintomas que sugerem doença complicada (atípicos, persistentes ou recorrentes) e para pacientes em maior risco de esôfago de Barrett (sintomas >5 anos). A documentação de esofagite geralmente não muda o manejo inicial, por isso pode ser preferível administrar um ciclo de tratamento antes da biópsia para evitar o erro de interpretar a inflamação como displasia.[3] [4] [6] [11]

## ◊ Úlcera péptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso de anti-inflamatório não esteroidal (AINE; frequentemente com o uso concomitante de corticosteroides) ou úlceras prévias é comum; tabagismo; é comum a ingestão de alimentos melhorar	sensibilidade à palpação na região epigástrica média (sinal indicador)	» <b>endoscopia digestiva alta:</b> úlcera péptica; também pode detectar a causa (por exemplo, Helicobacter pylori) O exame mais específico e sensível.  Solicitado inicialmente se o paciente	

## Comum

## ◊ Úlcera péptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
a dor abdominal temporariamente		<p>apresentar "sintomas de alarme" (V: vômito; S; sangramento ou anemia; A: massa abdominal ou perda de peso involuntária; D: disfagia) e, posteriormente, quando o paciente não responder à abordagem de "examinar e tratar" o H pylori e ao tratamento empírico com o inibidor da bomba de prótons (IBP).</p> <p>Se uma úlcera estiver presente, sempre realizar um teste para H pylori.</p> <p>»<b>teste respiratório e teste do antígeno fecal para o H pylori:</b> resultado positivo se o H pylori estiver presente Solicitado em pacientes com ≤60 anos de idade e sem características de alarme.</p>	

## ◊ Gastroparesia

História	Exame	1º exame	Outros exames
diabetes mellitus e cirurgia abdominal prévia que possam resultar em lesão do nervo vago; náuseas pós-prandiais, vômitos, saciedade precoce,	som de sucussão; nenhum outro achado físico específico	» <b>Hemograma completo:</b> linfocitose A linfocitose pode ser observada com as infecções virais. Hemoglobina (Hb)	» <b>glicose:</b> elevado Se elevada, o rastreamento de diabetes mellitus é efetuado. Níveis >288 mg/dL podem provocar

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## ◊ Gastroparesia

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica, preenchimento, distensão abdominal		baixa pode ser sinal de uma causa subjacente grave que justifique os sintomas manifestos e deve conduzir a investigações adicionais.	o esvaziamento gástrico tardio.

## ◊ Gastrite e duodenite com e sem erosões

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou infecção por Helicobacter pylori	sensibilidade epigástrica normal ou leve	» <b>endoscopia:</b> revela gastrite As biópsias podem ser feitas para procurar o H pylori durante a gastroduodenoscopia superior.  » <b>teste respiratório da ureia ou teste do antígeno fecal:</b> positiva o teste positivo identifica o H pylori como uma possível causa.	» <b>teste de sangue oculto nas fezes:</b> positivo (muda de cor) se houver sangue oculto presente

## ◊ Intolerância à lactose

História	Exame	1º exame	Outros exames
distensão abdominal, dor ou desconforto abdominal e evacuação diarreica após a ingestão de lactose	o exame normal é previsto	» <b>teste respiratório de lactose:</b> positiva A tentativa terapêutica de abstinência de lactose pode estabelecer o diagnóstico.	

## Comum

### ◊ Colelitíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
a dor é tipicamente no quadrante superior direito, mas às vezes pode se apresentar como dor epigástrica	sinal de Murphy positivo, quadrante superior direito sensível à palpação ou epigástrio, icterícia	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> cálculos biliares e/ou dilatação dos ductos biliares em decorrência da obstrução pelo cálculo biliar	

### ☒ Colecistite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica ou no quadrante superior direito irradiando para a escápula direita, náuseas e dor com duração de 3-6 horas	sinal de Murphy positivo, dor à palpação do quadrante superior direito ou epigástrio, icterícia; a febre é um sinal grave de doença da vesícula biliar complicada	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> inflamação da vesícula biliar	

### ◊ Dispepsia induzida por medicamento

História	Exame	1º exame	Outros exames
uma história completa dos medicamentos (incluindo prescritos, de venda livre e fitoterápicos) deve ser obtida de todos os pacientes que têm dispepsia; certos medicamentos, tais como anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), alendronato, cisaprida, acarbose, codeína, ferro, metformina, certos antibióticos orais (especialmente macrolídeos), orlistate, corticosteroides e teofilina são mais propensos a causar dispepsia; um vínculo entre o início do	sensibilidade epigástrica normal ou no máximo leve	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	

## Comum

## ◊ Dispepsia induzida por medicamento

História	Exame	1º exame	Outros exames
medicamento e o início dos sintomas de dispepsia é fundamental para firmar o diagnóstico			

## ◊ Doença celíaca

História	Exame	1º exame	Outros exames
qualidade ou frequência anormal de movimentos intestinais, distensão abdominal, inchaço ou flatulência excessiva	o exame físico geralmente não apresenta nada digno de nota em adultos	<p>»<b>imunoglobulina A-transglutaminase tecidual (IgA-tTG)</b>: título acima da faixa normal para o laboratório</p> <p>Solicite um teste de IgA-tTG em qualquer paciente com suspeita de doença celíaca.</p> <p>No entanto, os níveis de IgA podem ser baixos em pacientes com doença celíaca, causando uma antitransglutaminase falsamente baixa ou normal.[28]</p> <p>»<b>histologia do intestino delgado</b>: presença de linfócitos intraepiteliais, atrofia das vilosidades e hiperplasia da cripta</p> <p>Realizar a histologia do intestino delgado nos casos de sorologia positiva ou deficiência de IgA ou nos casos de alta suspeita clínica, apesar da sorologia negativa.</p>	

**Comum****◊ Doença celíaca**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A biópsia do intestino delgado obtida durante a endoscopia digestiva alta é tipicamente diagnóstica, quando os pacientes não tiverem feito uma dieta livre de glúten. <a href="#">[28]</a> Alterações irregulares ou pré-tratamento com uma dieta livre de glúten podem causar uma biópsia falsamente normal.	

**Incomum****☒ Neoplasia do trato gastrointestinal superior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
a dispepsia inicial de agravamento progressivo em um indivíduo mais velho (idade >60 anos) e a presença de quaisquer características de alarme (VSAD) sugerem a necessidade de investigação para excluir malignidade; malignidades do trato gastrointestinal superior (esôfago, estômago e pâncreas) são raras antes dos 50 anos de idade, embora alguns casos ocorram em indivíduos mais jovens	massa abdominal, caquexia, linfadenopatia (particularmente área supraclavicular esquerda), hepatomegalia ou massa hepática	<p>»<b>tomografia computadorizada (TC) do abdome:</b> massa descoberta</p> <p>»<b>Endoscopia e biópsia do trato gastrointestinal superior:</b> massa descoberta e biópsia para malignidade gástrica ou esofágica</p> <p>»<b>ultrassonografia de abdome:</b> massa identificada</p>	

## Incomum

## ◊ Parasitas intestinais: giárdia, Cryptosporidium

História	Exame	1º exame	Outros exames
tipicamente causa diarreia persistente após viagem ou exposição à água contaminada, mas pode ser associada a sintomas abdominais superiores	geralmente normal, mas pode revelar desidratação, ruídos hidroaéreos ativos e evidência de aumento dos gases abdominais	» <b>detecção do antígeno nas fezes; ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) e anticorpo fluorescente direto (AFD)</b> : positiva Os testes imunológicos para estes parasitas têm alta precisão.	

## 红旗 Doença arterial coronariana (DAC)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença arterial coronariana (DAC) (mais importante ao firmar esse diagnóstico); fatores de risco de DAC (avanço da idade, sexo masculino, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, hiperlipidemia); dor torácica, palpitações, dispneia, fraqueza e tontura; mulheres, pacientes com diabetes mellitus e pacientes idosos são mais propensos a apresentar sintomas atípicos que às vezes podem sugerir dispepsia	evidências de resposta ao estresse, como diaforese, taquicardia ou taquipneia, podem levar o médico a suspeitar de uma causa cardíaca para os sintomas; sinais de insuficiência cardíaca congestiva aguda com congestão pulmonar e elevação de pulsações venosas jugulares	» <b>troponina</b> : elevado Cerca de 80% dos indivíduos têm um aumento na troponina em 2-3 horas após infarto agudo do miocárdio.  » <b>eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações</b> : supradesnivelamento dos segmentos ST em ≥2 derivações contíguas sugerindo isquemia coronariana, ondas Q iniciais ou novo bloqueio de ramo esquerdo (BRE) Traçados de ECG em intervalos de 10 minutos são realizados para procurar anormalidades eletrocardiográficas, que podem ser encontradas 90 minutos após o início do infarto agudo	» <b>radiografia torácica</b> : cardiomegalia, congestão venosa pulmonar, derrames, mediastino alargado ou sombra aórtica (aneurisma)

## Incomum

**🚩 Doença arterial coronariana (DAC)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		do miocárdio. As anomalias incluem ondas T em pico, supradesnívelamento do segmento ST (1 mm em 2 derivações contíguas ou 2 mm em 2 derivações precordiais contíguas) e ondas Q. Infradesnívelamento do segmento ST e inversões da onda T também são alterações importantes.	

**🚩 Pancreatite aguda ou crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
anorexia, dor abdominal, história de litíase biliar, ingestão de álcool, hipertrigliceridemia, uso de certos medicamentos (azatioprina, clorotiazida, furosemida, sulfonamidas, tetraciclínas, estrogênios, didanosina, sulindaco, mercaptopurina, ácido valproico, L-asparaginase), vírus da imunodeficiência humana (HIV)/ síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), trauma externo recente, lúpus eritematoso	taquicardia, sinal de Grey-Turner, sinal de Cullen, sinal de Fox, sinal de Chvostek, sinal de Trouseau, hipotensão, distensão abdominal	» <b>tomografia computadorizada do abdome:</b> pâncreas aumentado com áreas sugerindo necrose, coleções de fluidos ou formação de abscesso O contraste oral e intravenoso (se a função renal permitir) fornece os melhores resultados diagnósticos e deve ser protelado até vários dias após o episódio.	» <b>lipase:</b> elevado » <b>ultrassonografia abdominal:</b> aumento pancreático difuso A pancreatite aguda provocará um aumento difuso do pâncreas, mas o íleo paralítico frequentemente obscurece a visão com os gases intestinais.

## Incomum

**Pancreatite aguda ou crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sistêmico, síndrome de Sjögren			

**Tumores/cânceres de pâncreas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de tabaco, história familiar de câncer de pâncreas	hepatomegalia, massa abdominal epigástrica, sinal positivo de Courvoisier, petequias, púrpura, hematomas, sinal de Trouseau	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> massa pancreática, ductos biliares dilatados, metástases hepáticas Recomenda-se realizar ultrassonografia do pâncreas, dos ductos biliares e do fígado de imediato em caso de quadro clínico sugestivo de câncer de pâncreas. Existe uma alta sensibilidade para tumores na cabeça do pâncreas (80%-95%), que é mais baixa para doença em estágio inicial ou para tumores no corpo ou na cauda do pâncreas. Uma ultrassonografia com resultado normal não exclui câncer de pâncreas e, onde houver suspeita, uma tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) axial é recomendada.	» <b>bilirrubina:</b> elevada na icterícia obstrutiva Demonstra o grau de icterícia obstrutiva, mas não pode distinguir qualquer causa de icterícia obstrutiva ou metástase hepática.  » <b>fosfatase alcalina:</b> elevada na icterícia obstrutiva Demonstra o grau de icterícia obstrutiva, mas não pode distinguir qualquer causa de icterícia obstrutiva ou metástase hepática.  » <b>Gamaglutamil transpeptidase:</b> elevada na icterícia obstrutiva Demonstra o grau de icterícia obstrutiva, mas não pode distinguir qualquer causa de icterícia obstrutiva ou metástase hepática.  » <b>transferases hepáticas (alanina aminotransferase):</b> normais ou levemente elevadas na icterícia obstrutiva Demonstra o grau de icterícia obstrutiva, mas

## Incomum

### ☒ Tumores/cânceres de pâncreas

História	Exame	1º exame	Outros exames
			não pode distinguir qualquer causa de icterícia obstrutiva ou metástase hepática.

### ☒ Obstrução do trato hepatobiliar resultante de cálculos, estenose ou tumor

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica ou no quadrante superior direito irradiando para a escápula direita, frequentemente depois de uma refeição grande ou gordurosa	sinal de Murphy positivo, dor à palpação do quadrante superior direito ou epigástrico, icterícia decorrente da obstrução do ducto colédoco; a febre é um sinal grave de doença da vesícula biliar complicada	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> cálculos biliares e/ou dilatação dos ductos biliares em decorrência da obstrução pelo cálculo biliar	

### ◊ Hipercalcemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
dores abdominais vagas simulando dispepsia, poliúria	os achados físicos são geralmente relacionados com a causa subjacente da hipercalcemia (por exemplo, neoplasia).	» <b>cálcio:</b> elevado » <b>fosfato:</b> alta ou baixa Baixo no hiperparatireoidismo, mas normal ou elevado com as causas secundárias (doença granulomatosa, malignidade, síndrome do leite-álcali, intoxicação por vitamina D, imobilidade e tireotoxicose).	

**Incomum****◊ Dor na parede abdominal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor que emana da parede abdominal; relação com o movimento e a postura	erupção cutânea de herpes-zóster, ponto sensível consistente na palpação	» <b>nenhuma:</b> o diagnóstico é clínico	

**Diretrizes de diagnóstico****Europa****[Helicobacter pylori in dyspepsia: test and treat](#)****Publicado por:** Public Health England**Última publicação em:** 2017**[Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management](#)****Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence**Última publicação em:** 2014**Internacional****[Coping with common GI symptoms in the community](#)****Publicado por:** World Gastroenterology Organisation**Última publicação em:** 2013**América do Norte****[Management of dyspepsia](#)****Publicado por:** American College of Gastroenterology; Canadian Association of Gastroenterology**Última publicação em:** 2017**[The role of endoscopy in dyspepsia](#)****Publicado por:** American Society for Gastrointestinal Endoscopy**Última publicação em:** 2015

## Artigos principais

- Vakil NB, Halling K, Becher A, et al. Systematic review of patient-reported outcome instruments for gastroesophageal reflux disease symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013 Jan;25(1):2-14.
- World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation global guidelines: coping with common GI symptoms in the community. May 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2017 Jul;112(7):988-1013. [Texto completo](#)
- Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005 Nov;129(5):1756-80. [Texto completo](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. November 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006 Aug;101(8):1900-20.
- Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology.* 2016 May;150(6):1380-92.

## Referências

1. Vakil NB, Halling K, Becher A, et al. Systematic review of patient-reported outcome instruments for gastroesophageal reflux disease symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013 Jan;25(1):2-14.
2. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation global guidelines: coping with common GI symptoms in the community. May 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, et al. ACG and CAG clinical guideline: management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2017 Jul;112(7):988-1013. [Texto completo](#)
4. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology.* 2005 Nov;129(5):1756-80. [Texto completo](#)
5. National Institute for Health and Care Excellence. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. November 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
6. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006 Aug;101(8):1900-20.

7. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1380-92.
8. Ford AC, Marwaha A, Sood R, et al. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut*. 2015 Jul;64(7):1049-57.
9. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Apr;3(4):252-62.
10. Flier SN, Rose S. Is functional dyspepsia of particular concern in women? A review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management. *Am J Gastroenterol*. 2006 Dec;101(12 Suppl):S644-53.
11. Vakil N, Stelwagon M, Shea EP, et al. Symptom burden and consulting behavior in patients with overlapping functional disorders in the US population. *United European Gastroenterol J*. 2016 Jun;4(3):413-22. [Texto completo](#)
12. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. July 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
13. Yap PR, Goh KL. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) induced dyspepsia. *Curr Pharm Des*. 2015;21(35):5073-81.
14. Tack J, Carbone F. Functional dyspepsia and gastroparesis. *Curr Opin Gastroenterol*. 2017 Nov;33(6):446-54.
15. Flook N, Unge P, Agreus L, et al. Approach to managing undiagnosed chest pain: could gastroesophageal reflux disease be the cause? *Can Fam Physician*. 2007 Feb;53(2):261-6. [Texto completo](#)
16. Chang AM, Fischman DL, Hollander JE, et al. Evaluation of chest pain and acute coronary syndromes. *Cardiol Clin*. 2018 Feb;36(1):1-12.
17. Thomson AB, Barkun AN, Armstrong D, et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment - prompt endoscopy (CADET-PE) study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Jun 15;17(12):1481-91. [Texto completo](#)
18. Kapoor N, Bassi A, Sturgess R, et al. Predictive value of alarm features in a rapid access upper gastrointestinal cancer service. *Gut*. 2005 Jan;54(1):40-5. [Texto completo](#)
19. Talley NJ. What the physician needs to know for correct management of gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20(suppl 2):S23-30.
20. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, et al. Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2006 Aug;131(2):390-401.

21. Talley NJ. How to manage the difficult-to-treat dyspeptic patient. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2007 Jan;4(1):35-42.
22. Sundar N, Muraleedharan V, Pandit J, et al. Does endoscopy diagnose early gastrointestinal cancer in patients with uncomplicated dyspepsia? *Postgrad Med J.* 2006 Jan;82(963):52-4. [Texto completo](#)
23. Best LM, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for Helicobacter pylori infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Mar 15;(3):CD012080. [Texto completo](#)
24. Talley NJ, Vakil N, Lauritsen K, et al. Randomized-controlled trial of esomeprazole in functional dyspepsia patients with epigastric pain or burning: does a 1-week trial of acid suppression predict symptom response? *Aliment Pharmacol Ther.* 2007 Sep 1;26(5):673-82. [Texto completo](#)
25. van Zanten SV, Flook N, Talley NJ, et al. One-week acid suppression trial in uninvestigated dyspepsia patients with epigastric pain or burning to predict response to 8 weeks' treatment with esomeprazole: a randomized, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007 Sep 1;26(5):665-72. [Texto completo](#)
26. van Zanten SV, Armstrong D, Chiba N, et al. Esomeprazole 40 mg once a day in patients with functional dyspepsia: the randomized, placebo-controlled "ENTER" trial. *Am J Gastroenterol.* 2006 Sep;101(9):2096-106.
27. Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Bercik P, et al. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 8;(3):CD011194. [Texto completo](#)
28. Ford AC, Ching E, Moayyedi P. Meta-analysis: yield of diagnostic tests for coeliac disease in dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Jul;30(1):28-36.

# Imagens

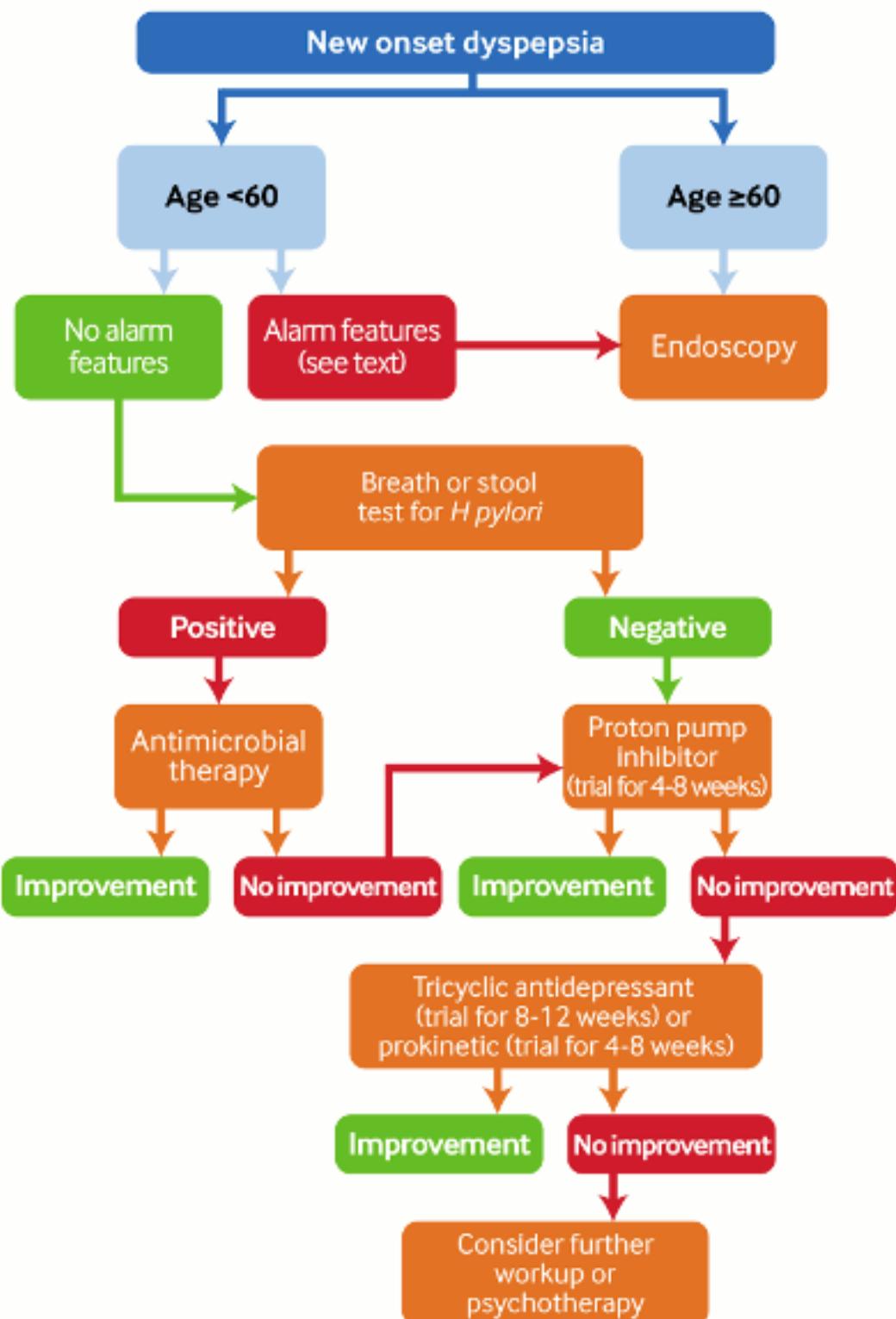


Figura 1: A via para o manejo da dispepsia

Criada pelo BMJ Knowledge Centre com base nas informações que constam nas diretrizes da ACG e CAG.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 28, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 28, 2018.

33

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Nimish Vakil, MD, FACP, AGAF, FASGE, FACG**

Clinical Adjunct Professor

School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin, Madison, WI

DIVULGAÇÕES: NV has consulted for Ironwood Pharmaceuticals, Otsuka Pharmaceutical, Shire Pharmaceuticals, and Astellas Pharma. He has received research grants from Impleo Medical and Allergan.

### // Reconhecimentos:

Dr Nimish Vakil would like to gratefully acknowledge Dr Nigel W. Flook, a previous contributor to this topic.

DIVULGAÇÕES: NWF declares that he has no conflicting interests.

### // Colegas revisores:

#### **Lars Aabakken, MD**

Professor of Medicine

Chief of GI Endoscopy, Rikshospitalet University Hospital, Oslo, Norway

DIVULGAÇÕES: LA declares that he has no competing interests.

#### **Marc Bradette, MD, FRCP(C)**

Gastroenterologist

Chief of Service, Hôpital Hôtel-Dieu de Québec, Centre Hospitalier Universitaire de Québec, Québec City, Québec, Canada

DIVULGAÇÕES: MB declares that he has no competing interests.

#### **Paul Moayyedi, BSc, MB ChB, PhD, MPH, FRCP (London), FRCPC, FACG, AGAF**

Director

Division of Gastroenterology, Professor, Department of Medicine, McMaster University Medical Centre, Hamilton, Ontario, Canada

DIVULGAÇÕES: PM is an author of a number of references cited in this topic.