

Dispepsia

- Dispepsia funcional: qualquer dispepsia persistente ou recorrente por pelo menos 12 semanas durante um ano, sem alívio pela defecação e sem evidência de doença orgânica que justifique os sintomas. ~ Diagnóstico de exclusão.
- Dispepsia orgânica: úlcera péptica, DRGE, câncer gástrico, câncer esofágico, má-absorção, dor biliar, DII, obstrução intestinal.

Dispepsia secundária a doença orgânica

- DRGE: refluxo frequente do conteúdo gástrico levando inflamação da mucosa esofágica (esofagite de refluxo).

* Nem todo mundo que tem refluxo tem esofagite.

Causas: hérnia hiatal;

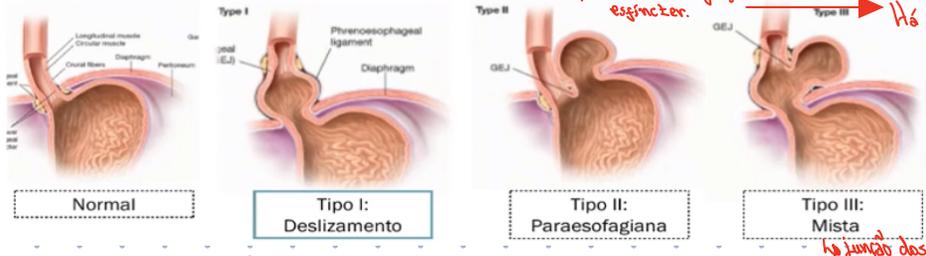
hipotonia do esfíncter inferior do esôfago;

Hipersecreção e estase gástrica;

Aumento da pressão abdominal.

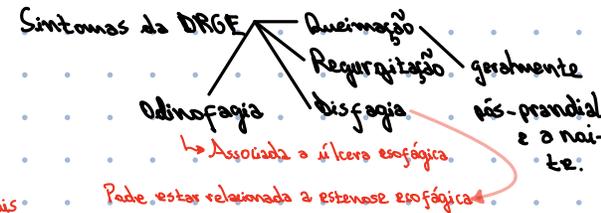
Esclerose sistêmica - doença neuromuscular. Nela, há hipotonia do esfíncter esofágico.

Tipos:



→ Não há migração do esfíncter.

Há perda de força do esfíncter.



↳ Como a contenção do esfíncter é ajudada pelo diafragma, quando ocorre essa hérnia, sua contenção é comprometida.

Sintomas (DRGE) — dor torácica; pode simular angina; compressão ou queimadura retroesternal; irradiação: costa, pescoço, mandíbula ou braços; ocorre após refeições, acorda os pacientes do sono e pode ser exacerbado pelo estresse.

hipersalivação: secreção de até 10mL de saliva/min em resposta ao refluxo. Incomum

náuseas: pouco frequente na DRGE.

Diagnóstico: - Sintomas típicos SEM sinais de alarme: diagnóstico clínico.
- Avaliação complementar: quando há sinais de alarme. É necessário excluir outras causas. Avalia complicações.

verifica a pressão do esfíncter esofágico inferior.

Exames: endoscopia digestiva alta (EDA), com ou sem biópsia → padrão ouro: esofagite de refluxo.
Manometria; pHmetria. ↳ Diagn. de DRGE (não só de esofagite)

↳ diagnóstico diferencial com dist. motors

Sinais de Alarme
• Início de dispepsia em paciente ≥ 60 anos
• Evidência de sangramento gastrointestinal
• Anemia ferropriva
• Anorexia
• Perda de peso inexplicável
• Disfagia
• Odinofagia
• Vômito persistente
• Câncer gastrointestinal em um parente de primeiro grau

Risco de Esôfago de Barrett
• Duração da DRGE de pelo menos 5 a 10 anos
• 50 anos ou mais
• Hérnia hiatal
• Refluxo noturno
• Tabagismo
• Obesidade
• Parente de primeiro grau com esôfago de Barrett e / ou adenocarcinoma

Esôfago de Barrett: é uma complicação da DRGE. Após muito tempo de agressão da mucosa esofágica, há uma metaplasia intestinal. Há uma mudança do epitélio do esôfago para o intestinal, sendo um fator de risco importante para o desenvolvimento de adenocarcinomas.

Tratamento antiácidos (inibidor de bomba de prótons) medidas não-farmacológicas.

↳ Precisam fazer anualmente a EDA.

Câncer de Esôfago

- Alta mortalidade devido o diagnóstico tardio. O diagnóstico precoce é primordial para o prognóstico.
- Na maioria dos casos, os sintomas só aparecem nos estágios avançados.
- Tipos:
 - ↳ Carcinoma de células escamosas; → Esôfago distal. FR: Tabagismo, alcoolismo, bebidas quentes.
 - ↳ Adenocarcinoma. Fator de risco principal: esôfago de Barrett. Obesidade → refluxo → ↑ esôfago de Barrett → ↑ Câncer
 - ↳ Porção média do esôfago. Outros FR: Tabagismo.

- Sintomas: 6 a 10% são assintomáticos no momento do diagnóstico (detectados acidentalmente ou durante a vigiância do esôfago de Barrett).

A maioria dos pacientes com doença avançada é sintomática

- ↳ Disfagia progressiva, inicialmente para sólidos.
- ↳ Perda de peso acentuada;
- ↳ Odinofagia (20% dos pacientes)

não digeridos pode ocorrer em doença avançada; Rouquidão e/ou tosse (arometimento do v. laringeo recorrente).

Sangramento gastrointestinal crônico → anemia ferropriva. Raramente percebem melena ou hematêmese.

- Metástase à distância { Adenocarcinomas: estruturas intra-abdominais (fígado, peritônio).
CEC: estruturas intratorácicas.

- Diagnóstico: EDA + biópsia



- TC, RM, USG endoscópica: estadiamento → Analisar o acometimento de estruturas adjacentes e a distância. Analisar metástases. Analisar se o tumor é ressecável ou não.

↳ Melhor prognóstico
Gastrite
- Inflamação da mucosa gástrica.

Gastrite Erosiva	Gastrite não-erosiva	Gastrite específica
<ul style="list-style-type: none"> Lesões erosivas, exsudativas e hemorrágicas Gravidade e extensão variáveis Pode ser associada aos AINEs, doenças sistêmicas graves Clínica: epigastralgia leve a intensa, náusea, vômito, HDA 	<ul style="list-style-type: none"> Inflamação da mucosa definida no histopatológico Classificação <ul style="list-style-type: none"> Local: tipo A (fundo e corpo), tipo B (antro) Gravidade histológica (superficial, atrófica) Clínica inespecífica 	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculose Sífilis Doença de Crohn

↳ Tratamento mais difícil.
Úlcera Peptica
- Defeitos na mucosa gástrica ou duodenal que se estendem através da camada muscular da mucosa.

Ocorre quando há aumento da agressão e perda dos mecanismos de defesa.
↳ Fatores que aumentam a agressão: H. pylori e uso de AINE.

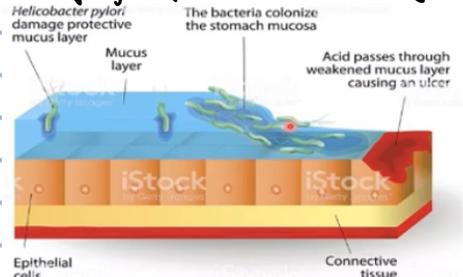


Coágulo sob a úlcera

↳ Desenvolvem-se e persistem em função do desbalanço da atividade ácido-péptica do suco gástrico.

- Importante causa de morbidade.
- Complicações graves { Perfuração; Sangramento (10-15%).
- Fatores de risco: Predisposição genética; Tabagismo e etilismo; Dieta e fatores psicológicos.

Infeção pelo Helicobacter pylori



- Contaminação oral;
- Patogênese { produção de urease; dano da camada protetora de muco; exposição das células epiteliais ao ácido gástrico; inflamação e ulceração do epitélio gástrico.
- Interrupção das vias neurais que controlam a secreção ácida: prejuízo do reflexo inibitório que reduz a produção de ácido. Áreas de metaplasia gástrica no duodeno

- Infecção do antro gástrico { inibição das células produtoras de somatostatina; aumento da liberação de gastrina pelas células G → ↑ Produção de ac. gástrico

- Quadro clínico { Assintomáticos; Sintomáticos: dor epigástrica { localização: nos quadrantes superior direito ou esquerdo; Irradiação: costas; Frequência: intermitente (a dor pode durar algumas semanas, seguida de semanas ou meses livres de sintomas).

A dor clássica das úlceras duodenais ocorre 2 a 5 horas após uma refeição (secreção ácida sem tampão alimentar) e à noite (entre cerca de 23h e 2h, quando o padrão circadiano de secreção ácida é máximo).

Úlcera gástrica: os sintomas podem ser provocados por alimentos devido à sensibilização visceral e dismotilidade gastroduodenal. { Come, doi, passa.

Sintomas associados: eructação pós-prandiais e plenitude epigástrica, saciedade precoce, intolerância a alimentos gordurosos, náusea e vômito ocasional.

- Diagnóstico: Endoscopia digestiva alta. + Biópsia { Úlcera duodenal suspeita; Úlceras gástricas; Fatores de risco.

Câncer Gástrico

- Incidência variável de acordo com a localidade geográfica.
- Fatores de risco: infecção por H. pylori; tabagismo; história familiar; etilismo; obesidade; ↓ condição econômica; dietas ricas em sal; curvatura gástrica; ingestão de nitratos e nitrosaminas; irradiação abdominal.

- Apresentação clínica
 - Assintomático por longo período;
 - Diagnóstico com doença avançada;
- Achados clínicos em doença avançada e/ou metastática
 - Metástase linfonodal
 - Adenopatia supraclavicular esquerda (nó de Virchow).
 - Nódulo periumbilical (nó de irmã Maria José).

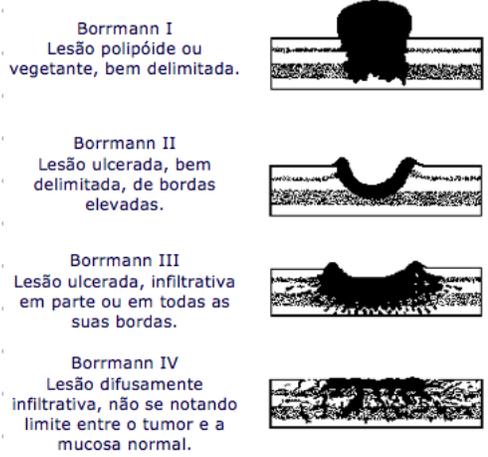
- Sem quadro clínico típico.



Nódulo irmã Maria José
Nó de Virchow

Câncer gástrico avançado
Classificação de Borrmann

A apresentação macroscópica do câncer gástrico avançado é bastante variável. A classificação de Borrmann é a mais utilizada entre os endoscopistas.



Sinais de Alarme
• Idade de surgimento dos sintomas
• Perda ponderal não intencional
• Disfagia
• Vômitos persistentes
• Massa abdominal palpável
• Linfadenomegalia
• Anemia ferropriva não explicada
• História familiar de câncer gastrointestinal

