

DOR EPIGÁSTRICA EM CÓLICA

Kouzo Imamura*

CASO CLÍNICO

Identificação: M. A. S., 34 anos, sexo feminino, branca, casada, auxiliar de enfermagem, residente em Sorocaba-SP.

Queixa principal e duração: dor epigástrica em cólica há, aproximadamente, 20 dias.

História pregressa da moléstia atual: sem relato de queixa digestiva antecedente. Há, aproximadamente, 20 dias vem apresentando dor epigástrica em cólica de moderada intensidade, imediatamente após a ingestão de alimentos (qualquer tipo de alimento), que vem a cessar após 15 minutos, sem azia, náuseas ou vômitos. Desde que não ingira alimentos, não apresenta dor. Mantém apetite normal, porém, só diminuiu a ingestão por sentir medo de provocar a dor. Apesar da diminuição no volume alimentar, não houve aparentemente alteração na frequência evacuatória. Não houve redução do peso nem sensação de astenia.

Interrogatório sobre diversos aparelhos: amenorréia há quatro meses.

Hábitos e vícios: não fuma e não bebe.

Antecedentes pessoais: uma gestação há 12 anos por opção e não fez laqueadura.

Antecedentes familiares: nada digno de nota.

Exame físico geral: bom estado geral, corada, 1,60 m de altura e 60 kg de peso, hidratada, anictérica e sem edema. Demonstra um certo estado de preocupação frente à enfermidade e com fácies de gestante. PA = 120/80 mmHg; FA = 76 bpm; FR = 14 ipm.

Exame físico especial: cabeça, pescoço e sistema cárdio-respiratório sem anormalidades. Abdômen plano, sem movimentos peristálticos visíveis, leve abaulamento pélvico, com ruídos hidro-aéreos presentes e normais, sem sopros, timpanismo dentro da normalidade, sem sinais de peritonite,

sem dores epigástricas à palpação superficial ou profunda no momento, sem visceromegalia, exceto útero palpável compatível com a gestação. Sistema neuro-osteomuscular sem anormalidades.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Paciente veio com a informação de ter possivelmente gastrite ou colelitíase e já com exames subsidiários solicitados. Podemos aventar outras hipóteses - já que estamos diante de uma gestante - de ser uma forma de hiperemese gravídica ou, ainda, uma dispepsia funcional tipo dismotilidade ou pancreatite aguda.

Baseados nessas hipóteses, podemos analisar cada uma delas.

Gastrite, apesar de não apresentar sintomas patognomônicos, costuma ser acompanhada de azia, sensação de dificuldade digestiva mais prolongada, eructações, perda de apetite e não somente dor tipo cólica de curta duração.

Colelitíase somente passa a apresentar sintomas quando o cálculo obstruir o canal cístico ou se a vesícula estiver repleta de cálculos e, ainda, associada com a maior solicitação contrátil da vesícula biliar, o que ocorre geralmente após ingestão de alimentos lipídicos. Dor localizada geralmente no hipocôndrio direito, porém, pode se apresentar na região epigástrica como dor irradiada ou referida ou irradiando para as costas. Porém, a dor iniciaria de 10 a 15 minutos após ingestão alimentar, geralmente lipídica, e não imediatamente.

Hiperemese gravídica, como o próprio nome refere, é um estado em que a gestante passa a apresentar náuseas e vômitos frente aos alimentos, até pelo seu odor ou contato visual, mesmo sem haver ingestão. Seria uma certa intolerância alimentar e que a paciente em questão não sugere. Ela diminuiu a ingestão alimentar por medo e não por intolerância. Porém, como a hiperemese gravídica tem associação com insegurança da

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 2, p. 33 - 35, 2003

* Professor da Disciplina de Gastroenterologia - CCMB/PUC-SP.

gestante frente à gestação, poderia ser o sintoma apresentado um estado incomum.

Dispepsia funcional tipo dismotilidade é geralmente efetuada como exclusão, porém, se seguirmos o critério diagnóstico, o tempo de duração ainda seria insuficiente, apesar de poder estar na fase inicial.

Pancreatite aguda apresenta habitualmente dor contínua em faixa, com repercussões sistêmicas evidentes, como hipotensão, astenia, mal-estar geral, vômitos, perda de peso, etc. Certamente, o estômago está envolvido no processo, uma vez que apresenta sintoma imediatamente após ingestão alimentar, ou seja, tem ritmicidade com alimentação.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Certamente, os exames indicados são a endoscopia digestiva alta e a ultra-sonografia abdominal superior, podendo ser solicitado o exame de dosagem sérica da amilase.

A endoscopia foi observada somente a gastrite enantemática endoscópica antral leve e nenhuma enfermidade foi constatada à ultra-sonografia.

TERAPÊUTICA

A paciente já vinha tomando 20 mg de omeprazol por dia, indicado por médico antecedente, sem apresentar melhora do sintoma. Como a dor é do tipo cólica, significando um estado espasmódico, a medicação ideal é utilizar anticolinérgico. Com o a dor se apresenta imediatamente após a ingestão de alimentos, a paciente deve ser orientada a ingerir o medicamento de 10 a 20 minutos antes da alimentação.

O inibidor da bomba prótica, ou seja, o omeprazol, ao não ter efeito no sintoma, conclui-se que não tenha relação com a alteração secretora ácida. Se a terapêutica medicamentosa e a orientação da paciente for somente baseada no encontro endoscópico, ou seja, a gastrite enantemática antral leve, mesmo que a paciente melhore temporariamente enquanto estiver usando medicação, corre o risco de ser estigmatizada como portadora de gastrite para sempre ou, na melhor hipótese, que o sintoma seja causado pela gastrite. Será a gastrite a causadora deste sintoma? E a gastrite, como surgiu?

EVOLUÇÃO

Solicitada a relatar algum acontecimento que tivesse lhe causado um certo estado de insegurança ou medo (espasmo gástrico funcional é freqüentemente observado nesse estado) e que tenha precedido o sintoma, o seguinte episódio foi relatado.

Um dia antes do sintoma, em uma das rotineiras consultas pré-natal, durante o exame do batimento cardíaco fetal, a médica obstetra lhe questionou: “Ué! Cadê a criança, você a engoliu?” A paciente ficou um tanto chocada com a indagação, não podendo nem mesmo questionar o porquê. Ficou extremamente preocupada, uma vez que a gravidez era euforicamente esperada pelo marido e pela filha. Relatou também que o fato não foi comentado com os familiares e que a mesma permanecia na dúvida sobre a integridade do bebê ou de estar com uma doença em vez de grávida, uma vez que veio a engravidar 12 anos após a última gestação.

Diante do relato, foi solicitado consultar outro obstetra de sua confiança para certificar o estado gestacional. Assim a paciente procedeu e com segurança da boa evolução da gravidez o sintoma acima referido começou a desaparecer sem uso de medicação, vindo a tempo parir uma criança dentro da normalidade.

CONCLUSÃO

O diagnóstico clínico desta paciente, se levássemos em consideração somente os achados endoscópicos, seria uma gastrite enantemática antral leve e, tecnicamente, estaria definido. No entanto, definir diagnóstico e abordar os pacientes terapêuticamente como médico pode ter uma diferença muito grande. Não podemos deixar de lado o fato de analisar e orientar o envolvimento psicossocial na maioria das enfermidades para, assim, podermos aliviar o sofrimento dos pacientes. Se nos basearmos somente no diagnóstico técnico fornecido pelos aparelhos, corremos o risco de estigmatizar os pacientes como portadores de doenças e, assim, fazermos com que vivam o resto de suas vidas em estado constante de alerta com tensão psicofísica mantenedora das enfermidades. Portanto, o diagnóstico definitivo, apesar de não podermos

classificá-lo dentro do padrão literário, é um distúrbio funcional espasmódico gástrico desencadeado pelo medo de ter de aceitar uma situação apresentada ou imaginada.

A UM DOADOR

Onde está você?

Será que pode me ver?

Não te conheci,

nem te vi partir.

Mas, estando vivo,

dedico meu sorriso

inteiramente a você.

Se ontem não havia esperança

hoje me sinto criança

e acredito que existe amanhã.

Então,

sou grato pela parte dividida.

Agora estamos juntos,

caro amigo;

agora e para sempre,

Você vive comigo!

Ana Cláudia Fávero
Acadêmica do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP