ABORDAGEM A DOR ABDOMINAL CRÔNICA: CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS

APPROACH TO CHRONIC ABDOMINAL PAIN: CORRELATION BETWEEN CLINICAL, ENDOSCOPIC, AND HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS

Lara Cardoso Tenório[1], Larissa de Moraes Medeiros[1], Lívia Araújo Leite Barros[1], Milene Alves Azevedo[1] , Maria Carolina de Albuquerque Espínola Moura[1]

1. Acadêmico do curso de Medicina da Afya Garanhuns; 2. Professor do curso de Medicina da Afya Garanhuns

Eixo Temático: 01

RESUMO

Introdução: A dor abdominal crônica constitui uma queixa frequente na prática clínica e apresenta etiologia diversificada, exigindo investigação integrada dos aspectos clínicos, endoscópicos e histopatológicos. **Objetivo:** Descrever a abordagem diagnóstica de um paciente com dor abdominal crônica, correlacionando os achados clínicos, endoscópicos e histopatológicos e destacando a importância da avaliação integrada na prática clínica. **Descrição do Caso:** Paciente masculino, 40 anos, agricultor, procedente da zona rural de Pernambuco, apresentou dor abdominal há aproximadamente cinco anos, predominante no andar superior do abdome, associada a náuseas e flatulência, com piora após ingestão de alimentos gordurosos e feijão. A investigação endoscópica identificou esofagite erosiva grau A de Los Angeles, pangastrite enantematosa leve e teste de urease positivo para Helicobacter pylori. A colonoscopia evidenciou nodularidade no cólon transverso, cujo exame anatomopatológico demonstrou colite crônica inespecífica leve. **Discussão:** Os achados demonstraram alterações em diferentes segmentos do trato gastrointestinal, porém sem evidências suficientes para atribuir toda a sintomatologia a uma única etiologia. A presença de Helicobacter pylori representou achado relevante, enquanto a alteração colônica apresentou baixa especificidade, reforçando a necessidade de correlação clínico-patológica. **Conclusão:** O caso evidencia a importância de uma abordagem sistematizada e multidimensional da dor abdominal crônica, integrando história clínica, exame físico e métodos complementares para orientar o diagnóstico e o acompanhamento individualizado.

Palavras-chave: Dor Abdominal; Helicobacter pylori; Endoscopia Gastrointestinal; Histopatologia; Doenças Gastrointestinais.

ABSTRACT

Introduction: Chronic abdominal pain is a frequent complaint in clinical practice and has diverse etiologies, requiring an integrated assessment of clinical, endoscopic, and histopathological findings. **Objective:** To describe the diagnostic approach of a patient with chronic abdominal pain, correlating clinical, endoscopic, and histopathological findings and highlighting the importance of an integrated assessment in clinical practice. Case **Description:** A 40-year-old male farmer from a rural area of Pernambuco, Brazil, presented with abdominal pain for approximately five years, predominantly in the upper abdomen, associated with nausea and flatulence and worsened after the consumption of fatty foods and beans. Upper gastrointestinal endoscopy revealed grade A erosive esophagitis according to the Los Angeles classification, mild erythematous pangastritis, and a positive urease test for Helicobacter pylori. Colonoscopy showed nodularity in the transverse colon, and histopathological examination demonstrated mild nonspecific chronic colitis. **Discussion:** The findings revealed abnormalities in different segments of the gastrointestinal tract; however, there was insufficient evidence to attribute all symptoms to a single etiology. The presence of Helicobacter pylori was a relevant finding, whereas the colonic alteration showed low specificity, reinforcing the need for clinicopathological correlation. **Conclusion:** This case highlights the importance of a systematic and

multidimensional approach to chronic abdominal pain, integrating clinical history, physical examination, and complementary diagnostic methods to guide diagnosis and individualized follow-up.

Keywords: Abdominal Pain; Helicobacter pylori; Gastrointestinal Endoscopy; Histopathology; Gastrointestinal Diseases.

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica é uma queixa frequente na prática clínica e pode estar relacionada a diferentes condições do trato gastrointestinal, desde doenças orgânicas até distúrbios da interação intestino-cérebro. Essa variedade de possíveis etiologias torna sua investigação particularmente desafiadora e exige uma avaliação que considere não apenas as características da dor, mas também os sintomas associados, os hábitos intestinais, os fatores alimentares e os achados obtidos nos exames complementares. Os distúrbios da interação intestino-cérebro, por exemplo, apresentam elevada frequência na população mundial e podem causar impacto importante na qualidade de vida e na utilização dos serviços de saúde.[1]

Entre as alterações que podem estar presentes em pacientes com sintomas do trato gastrointestinal superior, destaca-se a infecção por Helicobacter pylori, ainda amplamente distribuída na população mundial. Uma revisão sistemática com metanálise estimou prevalência global de aproximadamente 43% no período de 2011 a 2022.[2] Além de sua associação com gastrite e doença ulcerosa péptica, a infecção está relacionada ao desenvolvimento de condições gástricas de maior gravidade, o que reforça a importância do diagnóstico, do tratamento adequado e da confirmação posterior da erradicação.[3]

A endoscopia digestiva permite a observação direta da mucosa e a identificação de alterações macroscópicas, porém seus achados nem sempre correspondem integralmente às alterações observadas ao exame microscópico. Por esse motivo, em situações específicas, a avaliação histopatológica de amostras obtidas por biópsia constitui etapa complementar importante da investigação. Diretrizes da European Society of Gastrointestinal Endoscopy destacam a necessidade de amostragem adequada da mucosa em diferentes condições do trato gastrointestinal superior. Mais recentemente, um estudo envolvendo 4.927 gastroscopias com biópsia demonstrou que determinados padrões endoscópicos apresentam capacidade limitada para predizer alterações histopatológicas, reforçando a importância da análise conjunta desses métodos.

Nesse contexto, a correlação entre a apresentação clínica e os achados endoscópicos e histopatológicos pode contribuir para uma interpretação mais abrangente dos sintomas e evitar que alterações isoladas sejam analisadas fora do conjunto clínico. O presente caso torna-se relevante pela longa evolução da dor abdominal e pela identificação de diferentes alterações ao longo da investigação gastrointestinal. Assim, este relato tem como objetivo descrever a abordagem diagnóstica de um paciente com dor abdominal crônica, correlacionando os achados clínicos, endoscópicos e histopatológicos e ressaltando a importância da avaliação integrada desses elementos na prática clínica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, agricultor, procedente da zona rural de Pernambuco, procurou atendimento ambulatorial de gastroenterologia em agosto de 2026, tendo como queixa principal dor abdominal com aproximadamente cinco anos de evolução. Relatava dor em caráter de fisgada, localizada predominantemente no andar superior do abdome, com irradiação para a região retal. Referia piora progressiva dos sintomas ao longo do último ano, período em que buscou atendimento em unidade de pronto atendimento e posteriormente acompanhamento especializado, quando foi instituído tratamento medicamentoso. Associavam-se à dor episódios de náuseas e flatulência, com melhora parcial dos sintomas após o tratamento. O paciente relacionava a exacerbação da dor principalmente ao consumo de alimentos gordurosos e feijão.

Quanto aos hábitos intestinais, apresentava evacuações aproximadamente duas vezes ao dia, com fezes classificadas entre os tipos 3 e 5 da escala de Bristol. Negava presença de sangue ou muco nas fezes e relatava esforço evacuatório ocasional. Referia consumo hídrico aproximado de 2 litros ao dia e tendência à ingestão de grandes quantidades de alimentos. Negava tabagismo, etilismo e comorbidades previamente diagnosticadas. Como antecedentes familiares relevantes, apresentava história materna de diabetes mellitus tipo 2 e paterna de acidente vascular cerebral aos 59 anos. No momento da avaliação, havia concluído tratamento com Esogastro IBP e esomeprazol magnésico 20 mg.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, consciente e orientado, normocorado, eupneico e normotenso, com pressão arterial de 121/81 mmHg,

frequência cardíaca de 68 batimentos por minuto e saturação periférica de oxigênio de 98%. Apresentava peso de 65,35 kg, altura de 1,59 m e índice de massa corporal de 25,85 kg/m². No exame abdominal, observou-se abdome plano, sem cicatrizes, retrações ou abaulamentos, com presença de hérnia umbilical sem prolapso à manobra de Valsalva. Os ruídos hidroaéreos estavam presentes e normoativos nos quatro quadrantes, sem alterações à percussão. As palpações superficial e profunda não evidenciaram dor ou visceromegalias, e as manobras de McBurney e Murphy foram negativas.

A investigação complementar foi realizada por meio de exames endoscópicos. Em 28 de janeiro de 2026, a endoscopia digestiva alta evidenciou esofagite erosiva grau A de Los Angeles e pangastrite enantematosa leve, com teste de urease positivo, indicando infecção por Helicobacter pylori. Posteriormente, em 27 de abril de 2026, foi realizada colonoscopia, que demonstrou nodularidade no cólon transverso. O exame anatomopatológico, realizado em 8 de maio de 2026, revelou colite crônica inespecífica leve, caracterizada por edema do córion.

Diante do conjunto de achados clínicos e complementares, foram registradas como hipóteses diagnósticas a pangastrite enantematosa leve, parasitose intestinal e onicopatia, além da necessidade de investigação dos fatores associados à dor abdominal e ao excesso de peso. Como conduta, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, perfil lipídico, função renal, transaminases, amilase, lipase, ferro sérico, ferritina e índice de saturação de transferrina. O paciente também foi encaminhado para avaliação nutricional, com o objetivo de identificar possíveis desencadeantes alimentares dos sintomas e orientar medidas de mudança do estilo de vida.

Em relação à infecção por H. pylori, foi planejada a realização de teste de controle de cura por meio de nova endoscopia digestiva alta associada ao teste de urease e exame histopatológico. Para a hipótese de parasitose intestinal, foi prescrita nitazoxanida 500 mg a cada 12 horas por três dias, associada a albendazol 400 mg em dose única, com repetição após 21 dias. O paciente também foi encaminhado à dermatologia para investigação da onicopatia observada ao exame físico.

DISCUSSÃO

O caso apresentado evidencia a complexidade da investigação da dor abdominal crônica, especialmente diante da presença simultânea de alterações endoscópicas e histopatológicas de baixa especificidade. Embora o paciente apresentasse dor predominante no andar superior do abdome, com náuseas e piora após determinados alimentos, os achados complementares não permitem atribuir, de forma isolada, toda a sintomatologia a uma única etiologia. Essa característica torna o caso relevante, pois demonstra a necessidade de correlação entre história clínica, contexto epidemiológico, exames endoscópicos e avaliação anatomopatológica.

A presença de esofagite erosiva grau A de Los Angeles e pangastrite enantematosa leve associada ao teste de urease positivo constitui um achado clinicamente significativo, uma vez que confirma infecção ativa por *Helicobacter pylori*. A literatura reconhece a infecção como importante causa de doença gastroduodenal e recomenda que indivíduos com infecção confirmada sejam submetidos a tratamento de erradicação.[6] Além disso, pacientes com dispepsia podem apresentar melhora sintomática após a erradicação, embora essa resposta não seja universal, o que é particularmente relevante neste caso, considerando que houve apenas melhora parcial da sintomatologia após o tratamento inicialmente instituído.

Um aspecto importante da condução do caso é a necessidade de confirmar a erradicação do *H. pylori*. De acordo com as recomendações atuais do American College of Gastroenterology (ACG), todos os pacientes tratados devem realizar teste de cura por teste respiratório da ureia, antígeno fecal ou método baseado em biópsia, pelo menos quatro semanas após a conclusão da terapia. Para reduzir o risco de resultados falsamente negativos, recomenda-se também suspender os inibidores da bomba de prótons por aproximadamente duas semanas antes da avaliação.[7] Dessa forma, a proposta de reavaliação do paciente é pertinente, embora o prontuário disponível não permita determinar se a erradicação foi efetivamente alcançada.

Outro ponto de interesse é a nodularidade observada no cólon transverso, posteriormente associada, no exame anatomopatológico, a quadro descrito como colite crônica inespecífica leve. Esse resultado deve ser interpretado com cautela, pois alterações histológicas inflamatórias no cólon não são, isoladamente, específicas de uma determinada doença. A literatura destaca que diferentes

processos infecciosos, inflamatórios, medicamentosos e outras condições podem apresentar sobreposição histológica, sendo fundamental a correlação clinicopatológica para evitar interpretações excessivas do achado.[8]

Nesse sentido, a ausência de diarreia persistente, sangramento, muco, perda ponderal ou alterações relevantes ao exame físico reduz a possibilidade de algumas doenças orgânicas inflamatórias mais significativas, embora não permita excluí-las definitivamente. O diagnóstico de colite crônica inespecífica, portanto, não deve ser considerado como explicação definitiva para a dor abdominal de cinco anos de evolução. A descrição de edema do córion, sem outros elementos histopatológicos específicos apresentados no prontuário, reforça a necessidade de interpretar o achado dentro do contexto clínico, evitando atribuir causalidade direta entre a alteração colônica e a queixa principal.

A hipótese de parasitose intestinal também merece consideração devido ao contexto epidemiológico. O paciente é agricultor e reside na zona rural de Pernambuco, região na qual estudos epidemiológicos históricos demonstraram elevada ocorrência de parasitoses intestinais em populações rurais. Pesquisas realizadas em áreas rurais de Pernambuco identificaram elevada prevalência de helmintos, incluindo ancilostomídeos, *Trichuris trichiura* e *Ascaris lumbricoides*, além de outros parasitas intestinais.[9] Esses dados justificam a inclusão da parasitose no diagnóstico diferencial, embora o contexto epidemiológico, isoladamente, não confirme a presença de infecção no paciente.

A escolha de investigar a possibilidade de parasitose também demonstra a importância da abordagem individualizada em pacientes provenientes de áreas rurais. Entretanto, um ponto crítico da conduta é que a confirmação etiológica por exame parasitológico das fezes poderia contribuir para direcionar o tratamento e evitar terapias empíricas desnecessárias. Em áreas com elevada prevalência de parasitoses, a avaliação laboratorial deve ser interpretada em conjunto com exposição ambiental, manifestações clínicas e epidemiologia local.[9]

Do ponto de vista diagnóstico, o caso apresenta como principal dificuldade a coexistência de achados potencialmente relacionados aos sintomas, porém nenhum deles capaz de explicar isoladamente todo o quadro clínico. A dor no andar superior do abdome e sua relação com alimentos gordurosos podem sugerir inicialmente uma origem gastroduodenal ou biliar; entretanto, o exame físico não demonstrou sinais de irritação ou alterações sugestivas de doença biliar aguda. Da mesma forma, a

ausência de dor à palpação, de alterações sistêmicas e de sinais de alarme torna menos provável uma condição abdominal aguda no momento da avaliação. Assim, a investigação deve permanecer orientada pela evolução clínica e pelos resultados dos exames complementares.

Outro aspecto relevante é a associação entre sintomas gastrointestinais e hábitos alimentares. A piora após ingestão de alimentos gordurosos e feijão, associada à flatulência e ao relato de consumo de grandes volumes alimentares, pode representar componente funcional ou alimentar da sintomatologia. Nesse contexto, o encaminhamento nutricional constitui uma estratégia adequada, não apenas para avaliação do excesso de peso, mas também para identificação de padrões alimentares associados à exacerbação dos sintomas. O IMC de 25,85 kg/m² caracteriza sobrepeso, tornando a intervenção sobre hábitos alimentares e estilo de vida uma medida adicional de cuidado.

A melhora apenas parcial após o tratamento inicial também constitui um elemento importante para a interpretação do caso. A resposta incompleta sugere que a infecção por *H. pylori*, embora clinicamente relevante, pode não ser a única responsável pelas manifestações apresentadas. A persistência dos sintomas após o tratamento deve estimular a reavaliação diagnóstica, principalmente caso o controle de cura demonstre erradicação da bactéria. Nessa situação, outras causas de dispepsia e dor abdominal crônica devem ser consideradas de maneira sistemática.[6]

Portanto, o principal ensinamento clínico deste caso está na necessidade de evitar o raciocínio de causa única diante de sintomas gastrointestinais crônicos. A identificação de *H. pylori* deve ser seguida de tratamento adequado e confirmação da erradicação, enquanto achados colônicos inespecíficos devem ser interpretados com cautela e em conjunto com os dados clínicos. Paralelamente, fatores epidemiológicos, alimentares e comportamentais devem ser considerados na construção do diagnóstico diferencial. O caso demonstra, assim, que a abordagem de pacientes com dor abdominal crônica exige acompanhamento longitudinal e integração entre diferentes áreas, especialmente gastroenterologia, nutrição e, quando necessário, infectologia ou dermatologia.

CONCLUSÃO

A abordagem diagnóstica integrada permitiu correlacionar os achados clínicos, endoscópicos e histopatológicos em um paciente com dor abdominal crônica de

longa evolução, demonstrando que a interpretação isolada dos exames complementares apresenta limitações na elucidação de quadros clínicos complexos. A principal contribuição deste relato consiste em evidenciar que a integração entre anamnese, exame físico, avaliação endoscópica e análise histopatológica possibilita uma interpretação mais abrangente dos achados, subsidiando o raciocínio diagnóstico e a definição de condutas terapêuticas mais individualizadas.

Este caso reforça a importância de uma investigação sistematizada e multidimensional da dor abdominal crônica, contemplando fatores infecciosos, inflamatórios e alimentares, bem como a necessidade de confirmação da erradicação da infecção por Helicobacter pylori quando indicada. Do ponto de vista da prática clínica, a correlação entre os diferentes métodos diagnósticos reduz o risco de interpretações dissociadas dos achados clínicos, favorece maior acurácia diagnóstica e contribui para o planejamento de estratégias terapêuticas e de seguimento mais adequadas às características individuais do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014.

2. Li Y, Choi H, Leung K, Jiang F, Graham DY, Leung WK. Global prevalence of Helicobacter pylori infection between 1980 and 2022: a systematic review and meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023;8(6):553-64. doi:10.1016/S2468-1253(23)00070-5.

3. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, et al. ACG clinical guideline: treatment of Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol. 2024;119(9):1730-53. doi:10.14309/ajg.0000000000002968.

4. Pouw RE, Barret M, Biermann K, Bisschops R, Czakó L, Gecse KB, et al. Endoscopic tissue sampling - Part 1: upper gastrointestinal and hepatopancreatobiliary tracts. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2021;53(11):1174-88. doi:10.1055/a-1611-5091.

5. Abu Baker F, Hazzan R, Gal O, Natour R, Nicola D, Farah A, et al. Correlating endoscopic findings with pathology to optimize biopsy strategies in gastritis: insights from a large cohort study. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2026;38(2):161-9. doi:10.1097/MEG.0000000000003060.

6. Oliveira Barros EC, Vasconcelos Montanhero MJ, De Souza Alckmin S, Cantieri Rocha L, Cristina Dias de Oliveira A, Turini Claro EM. Helicobacter pylori: Diagnóstico, tratamento e impacto na saúde pública. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2026 Feb 3 [cited 2026 Aug 23];8(2):56–90. Available from: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/6912

7. Revisões em clínica médica [Internet]. Google Books. 2023 [cited 2026 Aug 23]. Available from: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=0cVeEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA2023&dq=De+acordo+com+as+recomenda%C3%A7%C3%B5es+atuais+do+American+College+of+Gastroenterology+(ACG)

8. Pereira G, Luma, Martins P, Guilherme, Pereira S. DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS. Facit Business and Technology Journal [Internet]. 2021 [cited 2026 Aug 23];1(27). Available from: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1059

9. De Oliveira Vasconcelos C, Gomes de Souza Neto A, Ramos Cavalcanti D, Viegas Campos Cavalcanti J, Ramos Cavalcanti D. Perfil epidemiológico de parasitoses intestinais em escolares da zona rural de um município do interior de Pernambuco. Revista Cereus. 2024;16(1):48–58.