

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE)

Dra. Lilian R. O. Aprile

Introdução

Indivíduos normais apresentam diariamente vários e breves episódios de refluxo gastroesofágico sem, no entanto, manifestarem sintomas ou lesões estruturais no esôfago. Quando o material gastroduodenal refluído causa sintomas ou lesão tecidual define-se a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que pode se apresentar como esofagite erosiva e na forma não erosiva. A DRGE é uma das condições clínicas mais comuns na prática clínica, havendo estudos que estimam que até 20% da população geral, dependendo da região estudada, pode apresentar essa condição.

Patogenia e Fisiopatologia

O desenvolvimento da DRGE é um processo multifatorial que envolve disfunção dos mecanismos que normalmente previnem refluxo gastroesofágico e de mecanismos que depuram rapidamente o esôfago do material refluído, relacionados na tabela abaixo.

- 
- **Genética**
 - **Obesidade**
 - **Hérnia hiatal**
 - **Gravidez**
 - **Hábitos alimentares peculiares**
 - **Tabagismo**
 - **Alcoolismo**
 - **Medicamentos**
 - **Hipotonia do EIE**
 - **Aumento dos RT-EIE**
 - **Aumento da secreção gástrica de ácido**
 - **Retarde do esvaziamento gástrico**
 - **Diminuição da remoção do material refluído**
 - **Diminuição da secreção alcalina do esôfago**

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico da DRGE é feito a partir de uma anamnese detalhada capaz de identificar e caracterizar os sintomas típicos e atípicos da doença e as evidências de complicações. A queixa de queimação retroesternal, irradiando-se do epigástrico para a base do pescoço, caracterizando o que clinicamente se chama de pirose, é considerada como o sintoma mais característico da DRGE, com elevada especificidade para o diagnóstico. A probabilidade diagnóstica será substancialmente aumentada se, além da pirose, o paciente apresentar queixa de regurgitação.

Esta é definida como a percepção do fluxo de conteúdo gástrico refluído na boca ou hipofaringe. Os pacientes tipicamente regurgitam o material ácido misturado com pequenas quantidades de alimento não digerido.

A DRGE pode também se revelar por meio de sintomas atípicos que incluem: dor torácica sem as características da pirose típica, sintomas e sinais de doenças bronco-pulmonares (crises de asma, tosse crônica, hemoptise, bronquite e bronquiectasias, pneumonias de aspiração, apnéia do sono, atelectasia e fibrose pulmonar), de doenças otorrinolaringológicas (rouquidão, “globus”, halitose, granuloma ou úlcera de corda vocal, estenose de laringe, câncer de laringe, dores de ouvidos) e odontológicas (perda de esmalte dentário).

A disfagia pode ser manifestação da DRGE e indica presença de edema inflamatório importante, ou espasmo esofágico reacional ao processo inflamatório, ou uma das complicações da DRGE, a estenose péptica.

O exame físico é de limitado valor no diagnóstico da DRGE. Pode, entretanto, detectar condições reconhecidamente associadas à DRGE como obesidade, manifestações extra-esofágicas da DRGE (faringite, laringite, alterações no exame dos pulmões) e sinais de doenças sistêmicas que incluem dentro de suas manifestações clínicas a DRGE (esclerodermia, doença mista do tecido conjuntivo).

A presença de pirose, particularmente se acompanhada de regurgitação, em pacientes com menos de 40 anos de idade, com doença de instalação recente e na ausência de sinais de alarme (disfagia, odinofagia, hemorragia digestiva, anemia, perda ponderal) ou de manifestações clínicas que lembrem outra doença, pode ser considerada como suficiente para que se faça o diagnóstico de DRGE e se estabeleça o tratamento, sem a indicação inicial de endoscopia.

Complicações

As complicações da DRGE incluem as úlceras esofágicas (pouco comuns), que indicam maior gravidade da doença e podem mais raramente apresentar risco de perfuração do órgão. Outra complicação da DRGE é a estenose péptica do esôfago, resultante da cicatrização de inflamações recorrentes. Possivelmente a complicação mais comum da DRGE é a substituição do epitélio escamoso estratificado do esôfago pelo

epitélio colunar com células intestinalizadas (metaplasia intestinal) ou mistas, conhecida como esôfago de Barrett. Sua detecção ao exame endoscópico e confirmação por exame histopatológico indica maior relevância e cronicidade da DRGE e potencial de constituir condição de lesão pré-maligna, uma vez que a presença inicial da metaplasia pode progredir para displasia e, eventualmente, para neoplasia.

Diagnóstico

Endoscopia e biópsia - é o método de escolha para o diagnóstico objetivo da forma erosiva da DRGE, pois, com ela visualiza-se diretamente a mucosa do esôfago. Além disso, avalia a gravidade da esofagite erosiva e permite realizar biópsias onde e quando necessário. Utilizamos a classificação de Los Angeles de A a D, para os diferentes graus de esofagite erosiva. O exame endoscópico pode ainda detectar complicações da DRGE: esôfago de Barrett, presença de úlcera e de estenose do esôfago, sendo a biópsia indispensável nestes casos.

Radiologia - está indicada nos casos que apresentam disfagia, mas não para o diagnóstico de DRGE. Pode revelar distúrbio motor do esôfago associado à doença do refluxo e é também método preciso na identificação e na determinação da extensão de estenoses, assim como de hérnias de hiato.

Manometria - este método não é capaz de diagnosticar a DRGE, mas, sim de avaliar a motilidade esofágica. As principais indicações da sua utilização na avaliação da DRGE estão relacionadas à investigação da peristalse em pacientes com indicação de tratamento cirúrgico, na determinação da localização do EIE, previamente à realização de pHmetria intra-esofágica de 24 horas, e na investigação de alterações motoras primárias do esôfago.

pHmetria intraesofágica ambulatorial de 24 horas – é indicada em situações especiais, apesar de ser objetivamente o melhor teste para caracterizar o refluxo gastresofágico. Utilizando cateteres com eletrodos de pH posicionados 5 cm acima do EIE (determinação da posição por manometria esofágica), o método quantifica a intensidade de exposição da mucosa esofágica ao ácido, além de estabelecer uma correlação entre os sintomas referidos pelo paciente durante a realização do exame e episódios de refluxo. Seu uso, entretanto, está limitado a: 1) confirmar a DRGE em pacientes com sintomas típicos, sem resposta satisfatória à terapêutica com IBP, e sem

evidência de dano à mucosa revelado pela endoscopia, sendo que o exame deve ser realizado na vigência da medicação; 2) evidenciar a possível participação da DRGE em sintomas atípicos extra-esofágicos, recomendando-se nestes casos a pHmetria com dois ou mais canais, a fim de se caracterizar simultaneamente a presença do refluxo gastroesofágico e do refluxo supra-esofágico; 3) confirmar a DRGE em pacientes que serão submetidos à tratamento cirúrgico e nos quais não há evidências endoscópicas de esofagite.

Teste terapêutico - pacientes com menos de 40 anos, que apresentam sintomas típicos (pirose, regurgitação), sem manifestações de alarme, com frequência inferior a duas vezes por semana e tempo de história não superior a quatro semanas podem ser submetidos ao teste terapêutico, que consiste na administração de inibidores de bomba de prótons (IBP) em dose plena associados às medidas comportamentais, por 2 a 4 semanas, sem a necessidade de exame endoscópico prévio. O teste será positivo se os sintomas desaparecerem completamente neste período.

Tratamento Clínico

O tratamento da DRGE não complicada é primordialmente clínico. Visa o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões e a prevenção de recidivas e complicações. A terapêutica mais efetiva é a redução da secreção ácida gástrica, além de medidas comportamentais e no estilo de vida.

As medidas comportamentais do tratamento da DRGE são: 1) elevação (15 cm) da cabeceira da cama por calços sob os pés da mesma; 2) moderar a ingestão de alimentos gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos à base de tomate, chocolate, na dependência da correlação com os sintomas; 3) cuidados especiais com medicamentos potencialmente “de risco”, anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio, alendronato, etc; 4) evitar deitar-se nas duas horas posteriores às refeições; 5) evitar refeições copiosas; 6) suspensão do fumo; 7) redução do peso corporal em obesos.

O tratamento farmacológico utiliza medicamentos anti-secretores, como os inibidores de bomba de prótons (IBP) (ex.: omeprazol 20 mg a 40 mg/dia) ou bloqueadores dos receptores H₂ da histamina (ex.: ranitidina 300 mg/dia).

Os IBP são mais efetivos em reduzir a acidez gástrica do que os bloqueadores H₂, em aliviar os sintomas e em promover a cicatrização das erosões do esôfago. Por esta razão, no teste terapêutico acima mencionado, ou nas formas erosivas mais graves, indica-se, preferencialmente, a utilização de IBP. Alguns autores preconizam o uso de dose única de IBP nos casos de menor gravidade e a duplicação da dose para as esofagites mais graves. O período mínimo de administração destes medicamentos é de oito a doze semanas, embora alguns pacientes necessitem de tempo mais prolongado, e uma parcela deles torne-se dependente da medicação. Em teoria, os tratamentos de manutenção devem ficar limitados aos doentes que recidivam os sintomas precocemente, a cada tentativa de suspensão das drogas.

Casos especiais podem demandar o uso de antiácidos para alívio de sintomas leves, de alginato de sódio (polissacarídeo derivado de algas marinhas, como terapia adicional em pacientes refratários ao tratamento com IBP) e drogas pró-cinéticas (domperidona ou metoclopramida).

Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico da DRGE não complicada está indicado: 1) aos pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico orientado, inclusive aqueles com manifestações atípicas cuja DRGE foi devidamente comprovada; 2) aos pacientes dos quais é exigido tratamento contínuo com IBP, especialmente aqueles com menos de 40 anos de idade, e 3) aos casos em que não é possível a continuidade do tratamento de manutenção, como por exemplo, na impossibilidade de arcar financeiramente com os custos à longo prazo.

Tratamento das Complicações

No esôfago de Barrett, especialmente nos casos em que as alterações do epitélio são de extensão superior a três centímetros, é recomendada a vigilância endoscópica com biópsias seriadas. Eventualmente pode ser indicada a ablação da área metaplásica, em casos selecionados.

Outras complicações da DRGE como úlceras e estenoses, têm, a princípio, conduta conservadora, ou seja, utilizando-se IBP. Em alguns casos de estenose do esôfago pode ser necessária a realização de dilatações ou mesmo a intervenção cirúrgica.