

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease

Maria Aparecida Coelho de Arruda **HENRY**

Departamento de Cirurgia e Ortopedia,
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP,
Brasil

RESUMO - Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é, provavelmente, uma das doenças mais prevalentes no mundo que compromete significativamente a qualidade de vida. Sua incidência no Brasil é de 12%, o que corresponde a 20 milhões de indivíduos. **Objetivo:** Atualizar o manuseio da DRGE e as novas tendências no diagnóstico e tratamento, revendo as experiências internacional e brasileira sobre o tema. **Método:** Foi realizada revisão da literatura baseada em artigos publicados no Medline/Pubmed, SciELO, Lilacs, Embase e Cochrane cruzando os seguintes descritores: doença do refluxo gastroesofágico, diagnóstico, tratamento clínico, cirurgia, funduplicatura. **Resultados:** Vários fatores estão envolvidos na fisiopatologia da DRGE, sendo o mais importante o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago. As manifestações clínicas são azia, regurgitação (sintomas típicos), tosse, dor torácica, asma, rouquidão e pigarro (sintomas atípicos), que podem ser seguidos ou não de sintomas típicos. Pacientes com DRGE podem apresentar complicações como estenose péptica, hemorragia e esôfago de Barrett, que é o fator predisponente mais importante para adenocarcinoma. O diagnóstico deve ser baseado na anamnese e os sintomas devem ser avaliados em termos de duração, intensidade, frequência, fatores precipitantes e relevância, padrão de evolução e impacto na qualidade de vida do paciente. O diagnóstico exige confirmação com exames diferentes. O objetivo do tratamento clínico é aliviar os sintomas e o tratamento cirúrgico é indicado para os que necessitam de uso contínuo de drogas, com intolerância ao tratamento clínico prolongado e com complicações. **Conclusão:** A anamnese é fundamental para o diagnóstico de DRGE, com análise especial dos sintomas típicos e atípicos. Endoscopia digestiva alta e pHmetria esofágica são os métodos diagnósticos mais sensíveis. O tratamento clínico é útil no controle dos sintomas; no entanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos ao longo do tempo. O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes que necessitaram o uso contínuo de drogas, intolerantes às drogas e com formas complicadas da DRGE.

DESCRIPTORIOS - Refluxo Gastroesofágico.
Diagnóstico. Terapêutica. Funduplicatura.
Cirurgia.

Correspondência:

Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry
e-mail: rhenry@ibb.unesp.br

Fonte de financiamento: não há
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 06/12/2013
Aceito para publicação: 08/05/2014

ABSTRACT - Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is probably one of the most prevalent diseases in the world that also compromises the quality of life of the affected significantly. Its incidence in Brazil is 12%, corresponding to 20 million individuals. **Objective:** To update the GERD management and the new trends on diagnosis and treatment, reviewing the international and Brazilian experience on it. **Method:** The literature review was based on papers published on Medline/Pubmed, SciELO, Lilacs, Embase and Cochrane crossing the following headings: gastroesophageal reflux disease, diagnosis, clinical treatment, surgery, fundoplication. **Results:** Various factors are involved on GERD physiopathology, the most important being the transient lower esophageal sphincter relaxation. Clinical manifestations are heartburn, regurgitation (typical symptoms), cough, chest pain, asthma, hoarseness and throat clearing (atypical symptoms), which may be followed or not by typical symptoms. GERD patients may present complications such as peptic stenosis, hemorrhage, and Barrett's esophagus, which is the most important predisposing factor to adenocarcinoma. The GERD diagnosis must be based on the anamnesis and the symptoms must be evaluated in terms of duration, intensity, frequency, triggering and relief factors, pattern of evolution and impact on the patient's quality of life. The diagnosis requires confirmation with different exams. The goal of the clinical treatment is to relieve the symptoms and surgical treatment is indicated for patients who require continued drug use, with intolerance to prolonged clinical treatment and with GERD complications. **Conclusion:** GERD is a major digestive health problem and affect 12% of Brazilian people. The anamnesis is fundamental for the diagnosis of GERD, with special analysis of the typical and atypical symptoms (duration, intensity, frequency, triggering and relief factors, evolution and impact on the life quality). High digestive endoscopy and esophageal pHmetry are the most sensitive diagnostic methods. The clinical treatment is useful in controlling the symptoms; however, the great problem is keeping the patients asymptomatic over time. Surgical treatment is indicated for patients who required continued drug use, intolerant to the drugs and with complicated forms of GERD.

HEADINGS - Gastroesophageal reflux.
Diagnosis. Therapeutics. Fundoplication.
Surgery.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma das mais importantes afecções digestivas, tendo em vista as elevadas e crescentes incidências, a intensidade dos sintomas e a gravidade das complicações. É definida como sendo a condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas e ou complicações³³. É uma das causas mais frequentes de consultas gastroenterológicas em pacientes ambulatoriais, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida dos seus portadores⁴³.

O objetivo desta revisão foi atualizar os dados sobre o tratamento da DRGE e verificar novas tendências no diagnóstico e tratamento, revisando as experiências brasileira e internacional.

MÉTODO

Sintomas

Um estudo populacional foi efetuado em 22 cidades de diferentes regiões do Brasil, envolvendo 13959 adultos com idade superior a 16 anos. Os participantes responderam a um questionário com respeito à queixa de pirose e sua frequência. A prevalência de pirose ocorrendo mais de uma vez por semana foi observada em 11,9% dos participantes que equivaleria a 20 milhões de brasileiros portadores da DRGE³⁴.

Num estudo similar, Oliveira et al. (2005)⁴⁰ examinaram 3934 indivíduos residentes na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul), com relação a sintomas de pirose e ou amargor na boca. Os autores referem que 31,3% da população investigada apresentaram os sintomas, pelo menos semanalmente. A associação com sexo feminino e aumento da idade e estresse foi observada nos dois estudos populacionais⁶.

Valores semelhantes e por vezes até superiores foram relatados em outros países ocidentais. Os países do mundo oriental (Índia – 7,5%; Malásia – 3,0%; China – 0,8%) apresentam taxas bem inferiores, sugerindo possível participação de fatores ambientais, alimentares e até mesmo raciais na determinação da DRGE.

O mecanismo facilitador do refluxo gastroesofágico mais relevante é o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago (RTEIE). Ele pode durar de 5 a 35 s, não guarda relação com a deglutição e ocorre quando há distensão do fundo gástrico por alimento ou gás^{5,31}.

Além da RTEIE, outros fatores estão implicados na fisiopatologia da DRGE, tais como hipotonia do esfíncter inferior do esôfago (EIE), alteração na barreira anti-refluxo gastroesofágico decorrente da hérnia hiatal por deslizamento, peristaltismo esofágico inadequado, lesão da mucosa esofágica, obesidade, gravidez e uso de estrógenos^{5,17,24}.

Os portadores da DRGE, mormente aqueles com evolução de longa data, podem apresentar complicações, tais como esôfago de Barrett (BE), estenose péptica e hemorragia. A mais importante delas é o EB por sua predisposição em progredir para adenocarcinoma. O EB acomete 10 a 15% dos refluídos crônicos e consiste na substituição do epitélio escamoso esofágico, em geral de sua posição distal, por epitélio colunar glandular contendo células calciformes²¹. Outra complicação grave é a estenose péptica, sendo mais frequente naqueles com esofagite grave, cursando com disfagia decorrente da obstrução esofágica. A hemorragia é a complicação menos frequente, sendo provocada pelas úlceras esofágicas.

Diagnóstico

A principal ferramenta para o diagnóstico da DRGE é a história clínica. A anamnese deve identificar os sintomas característicos, sua duração, intensidade, frequência, fatores desencadeantes e de alívio, padrão de evolução no decorrer do tempo e impacto na qualidade de vida³³. Os sintomas típicos relatados pela maioria dos pacientes são pirose e regurgitação ácida. A pirose é definida como sensação de queimação retroesternal que se irradia do manúbrio esternal até a base do pescoço. Ela ocorre em geral 30-60 min após a ingestão de alimentos, especialmente se a refeição for copiosa, ou rica em gordura ou ácido, podendo ser aliviada após a ingestão de antiácido, ou mesmo água³². A regurgitação ácida é o retorno do conteúdo ácido até a cavidade oral.

Se o paciente apresenta estes sintomas no mínimo duas vezes por semana, em período de quatro a oito semanas ou mais, o diagnóstico da DRGE deve ser suscitado. Deve ser

lembrado, entretanto, que pacientes com outras doenças tais como úlcera péptica, gastrite e câncer gástrico podem também referir estes sintomas.

Além dessas, outras manifestações clínicas podem ser decorrentes do refluxo gastroesofágico. São as manifestações atípicas, sendo as mais referidas a dor torácica não coronariana, as respiratórias (tosse e asma brônquica), as otorrinolaringológicas (disfonia, pigarro e sensação de globo faríngeo) e as orais (erosão dental, aftas, halitose)^{1,14,15,22,37} (Tabela 1).

TABELA 1 - Manifestações típicas e atípicas da DRGE

Manifestações típicas	Manifestações atípicas		
	Pulmonares	Otorrinolaringológicas	Orais
Pirose Regurgitação ácida	Tosse crônica Asma Pigarro Pneumonia Bronquiectasia	Rouquidão Otite Sinusite	Erosão dentária Halitose Afta

Pacientes com manifestações atípicas podem não apresentar sintomas típicos da DRGE. Os critérios de seleção para se investigar o refluxo gastroesofágico em pacientes com tosse crônica incluem ausência de tabagismo e de irritantes ambientais, exclusão de asma, secreção pós-nasal e radiografias de tórax e seios da face dentro da normalidade¹. Os pacientes com manifestações otorrinolaringológicas procuram inicialmente especialista nesta área, o qual realiza laringoscopia podendo demonstrar presença de lesões -edema, eritema, nódulos em prega vocal e granulomas -, as quais não são específicas da DRGE²².

Métodos diagnósticos

Em pacientes com idade média de 54 anos, a presença de pirose e regurgitação ácida apresenta sensibilidade de 67% e especificidade de 77% no diagnóstico da DRGE³³. Sendo assim, a confirmação do diagnóstico da DRGE necessita de exames subsidiários descritos a seguir.

Endoscopia digestiva alta

É o exame de escolha na avaliação de pacientes com sintomas da DRGE, tendo indicação naqueles com sintomas crônicos, com idade superior a 40 anos e com sintomas de alarme, tais como disfagia, odinofagia, perda de peso, hemorragia digestiva, náusea, vômitos e história familiar de câncer. A endoscopia digestiva alta permite diagnosticar outras afecções, tais como úlcera péptica, monilíase esfágica, câncer do estômago e esofagite eosinofílica, que também apresentam sintomas dispépticos. Além disso, este exame permite visualizar erosões (soluções de continuidade limitadas à mucosa, com pelo menos 3 mm de extensão, com depósito de fibrina e permeação neutrofílica do epitélio, caracterizando a esofagite), úlceras (soluções de continuidade que atingem pelo menos a camada muscular da mucosa), estenose péptica de esôfago de Barrett⁵. Outras lesões podem também ser observadas - edema, eritema e friabilidade -, as quais não permitem o diagnóstico da DRGE, tendo em vista a subjetividade.

Várias classificações foram propostas para caracterizar a intensidade da esofagite de refluxo, sendo que a mais utilizada em nosso país é a de Los Angeles (Tabela 2). Vale lembrar, entretanto, que o diagnóstico de esofagite é observado em apenas 40% dos pacientes com a DRGE e a gravidade da esofagite não mostra correlação com a intensidade dos sintomas²⁰. Nasi et al. (2001)³⁸ discordam desta afirmação pois observaram pirose intensa em 37,5% dos pacientes com esofagite erosiva e em 10,3% naqueles sem erosão (p<0,01).

A complementação do exame endoscópico com biópsia não deve ser conduta de rotina, estando reservada para situações especiais, tais como estenose, úlcera e esôfago de Barrett.

TABELA 2 - Classificação endoscópica de Los Angeles

Grau	Achado
A	Uma ou mais erosões menores do que 5 mm
B	Uma ou mais erosões maiores do que 5 mm em sua maior extensão, não contígua entre os ápices de suas pregas esofágicas
C	Erosões contínuas (ou convergentes) entre os ápices de pelo menos duas pregas, envolvendo menos do que 75% do órgão
D	Erosões ocupando pelo menos 75% da circunferência do órgão

Exame radiológico contraste do esôfago

Este exame possui baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da DRGE, devendo ser solicitado quando o paciente refere disfagia e ou odinofagia, pois ele avalia a morfologia do esôfago, demonstrando a presença de estenose e condições que favorecem o refluxo gastroesofágico, tais como hérnia hiatal por deslizamento e ângulo esôfago gástrico anormal³⁷.

Manometria esofágica computadorizada

A manometria esofágica não é utilizada para fins diagnósticos; porém, ela fornece informações muito úteis ao avaliar o tônus pressórico dos esfíncteres esofagianos e a atividade motora do corpo esofágico. Ela possui valor preditivo na evolução da doença. Assim o diagnóstico de hipotonia acentuada do EIE (menor que 10 mm Hg) sinaliza para o tratamento clínico de manutenção ou mesmo indicação de funduplicatura. Andreollo et al. (2010)³ observaram hipotonia do EIE em 29,5% de pacientes submetidos a funduplicatura laparoscópica.

Outras indicações da manometria esofágica são: a) localização dos esfíncteres esofagianos, informação indispensável para o correto posicionamento dos sensores de pHmetria; b) diagnóstico de distúrbios motores específicos, tais como acalásia, doenças do colágeno, aperistalse e hipocontratilidade acentuada; c) análise da atividade motora no pré-operatório de funduplicatura, tendo como objetivo assegurar-se das condições funcionais do esôfago em se adaptar à válvula anti-refluxo gastroesofágico^{19,37}.

Cintilografia esofágica

Este exame demonstra o refluxo gastroesofágico após ingestão de contraste marcado com técnico-99. É técnica não invasiva que pode ser utilizada para o diagnóstico da DRGE em crianças. Entretanto, é exame caro e pouco disponível⁴³.

pHmetria esofágica prolongada

Método específico e sensível para o diagnóstico de refluxo gastroesofágico e sua correlação com sintomas (índice de sintomas). Além de diagnosticar a presença e a intensidade do refluxo gastroesofágico, este exame caracteriza o padrão do mesmo, ou seja, se é ortostático, supino ou bi posicional²⁵. O exame está indicado nas seguintes situações: a) diagnóstico da DRGE em pacientes com endoscopia normal; b) caracterização do padrão do refluxo gastroesofágico; c) participação do refluxo ácido nas manifestações atípicas do refluxo gastroesofágico. Nessa situação é aconselhável que o exame seja realizado com cateter de no mínimo dois canais de registro, ficando um posicionado no esôfago distal e o segundo no esfíncter superior do esôfago ou acima dele, o que permite o diagnóstico de refluxos gastroesofágico e laringofaríngeo respectivamente; d) estudo da recidiva de sintomas no pós-operatório; e) avaliação da eficácia do tratamento clínico³⁷.

Nos pacientes com pHmetria normal, porém com resposta favorável aos inibidores de bomba de prótons, impõe-se o diagnóstico de doença do refluxo não erosiva. Outra situação relativamente comum é aquela na qual o paciente apresenta pHmetria normal, índice de sintomas negativo e falta de resposta aos inibidores de bomba de

prótons, fatos que indicam o diagnóstico de pirose funcional.

pHmetria esofágica prolongada sem fio (cápsula Bravo)

Este método tem como vantagens oferecer mais conforto para o paciente, registro do pH esofágico por tempo mais prolongado (até 96 horas), além de evitar o deslocamento do cateter, que pode ocorrer na pHmetria convencional. A cápsula é fixada temporariamente por sucção na mucosa do esôfago distal de onde transmite, via telemetria, sinais para o receptor que é preso ao cinto do paciente e analisados por computador. A cápsula se desprende espontaneamente e é eliminada pelo tubo digestivo. A utilização deste método é muito restrita no Brasil, devido ao elevado custo da cápsula⁴³. Azzar et al. (2012)²¹, após realizar estudo comparativo entre os dois métodos de pHmetria esofágica, convencional e sem fio, concluíram que os dois têm capacidade semelhante de diagnosticar o refluxo gastroesofágico patológico.

Teste de Bernstein

É teste provocativo de perfusão da mucosa esofagiana com solução diluída de ácido clorídrico. O aparecimento de sintomas durante a perfusão é associado à sensibilidade e especificidade em torno de 80%. Seus resultados, entretanto, são do tipo qualitativo somente, não sendo possível a quantificação do refluxo gastroesofágico. Seu uso no exercício clínico está praticamente abandonado com o advento da pHmetria esofágica de 24 horas¹⁰.

Impedanciometria esofágica

Este é método novo que demonstra os movimentos anterógrados e retrógrados do refluxato. Quando associado à pHmetria (impedanciopHmetria esofágica) avalia também a natureza física (líquido, gasosa ou mista) e química (ácido, não ácido, levemente ácido). Assim o exame fornece o diagnóstico do refluxo líquido, gasoso ou misto, se é ácido ou não ácido. Nos pacientes refratários ao tratamento com inibidores de bomba de prótons, o diagnóstico de refluxo não ácido constitui indicação para o tratamento cirúrgico, pois a funduplicatura elimina os dois tipos de refluxo³⁷.

Teste terapêutico

Nos pacientes com menos de 40 anos, com queixas típicas de DRGE e sem manifestações de alarme pode ser instituído o tratamento com inibidores de bomba de prótons em dose plena por quatro semanas, associado às medidas comportamentais (Tabela 3). O teste é considerado positivo quando os sintomas são abolidos, sugerindo fortemente o diagnóstico de DRGE⁵.

TABELA 3 - Medidas comportamentais sugeridas pelo III Consenso Brasileiro da DRGE

1.	Elevação de 15 cm da cabeceira da cama.
2.	Moderar a ingestão dos seguintes alimentos na dependência da correlação com sintomas: cítricos, café, bebidas alcoólicas e ou gasosas, menta, hortelã, tomate, chocolate.
3.	Cuidados especiais com medicamentos potencialmente "de risco": anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio, alendronato.
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.

Tratamento

A abordagem terapêutica da DRGE inclui duas modalidades, o tratamento clínico e cirúrgico, cuja escolha depende das características do paciente (idade, aderência ao tratamento, preferência pessoal, presença de comorbidades), além de outros fatores tais como, resposta ao tratamento, presença de erosões na mucosa esofagiana, sintomas atípicos e complicações¹⁰.

Tratamento clínico

O tratamento clínico tem por objetivos aliviar os sintomas, cicatrizar as lesões da mucosa esofágica e prevenir o desenvolvimento de complicações. Ele se baseia em medidas não farmacológicas e farmacológicas.

Tratamento não farmacológico

O tratamento não farmacológico diz respeito às medidas comportamentais (Tabela 3). Nos últimos anos, estas recomendações têm sido contestadas por alguns autores, alegando que não existe respaldo científico para elas, além do que prejudicam a qualidade de vida dos pacientes³⁰. Castro et al. (2000)¹² referem que tais medidas não trazem quase nenhum benefício para a imensa maioria dos pacientes com a DRGE. Entretanto, tais recomendações são consideradas úteis e já são consagradas pelo tempo.

Além das recomendações, deve-se individualizar a dieta dos pacientes, levando em consideração as queixas particulares com relação a cada alimento. Tais medidas melhoram a relação médico-paciente e aumentam a adesão ao tratamento²⁰.

Tratamento farmacológico

Vários fármacos podem ser utilizados no tratamento da DRGE. Atualmente as drogas de primeira escolha são os inibidores de bomba de prótons (IBP), que inibem a produção de ácido pelas células parietais do estômago, reduzindo a agressão do esôfago representada pelo ácido. O omeprazol é o IBP largamente empregado em nosso país, sendo fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde para a população de baixa renda. Os IBP em dose plena devem constituir o tratamento de escolha inicial por período de quatro a oito semanas. Se o paciente não apresentar abolição dos sintomas, a dose deve ser dobrada, isto é, antes do desjejum e antes do jantar.

A DRGE erosiva responde de maneira satisfatória ao tratamento clínico^{18,36}. Entretanto, após a retirada da medicação, observa-se retorno dos sintomas. Isto acontece pelo fato de se tratar de doença crônica, necessitando portanto de administração crônica do IBP. Este é o chamado tratamento de manutenção, no qual deve ser administrada a mínima dose capaz de manter o paciente assintomático. A terapêutica a longo prazo é eficaz, não se observando a ocorrência de displasia ou neoplasia. Esta foi a conclusão a que chegaram Klinkenberg-Knoll et al. (2000)²⁵, após acompanhar 230 pacientes com a DRGE em uso da IBP, durante 11 anos. Todavia deve ser enfatizado que este tipo de tratamento exige elevada dose de disciplina, pois ele deve ser associado às restrições alimentares e de hábitos de vida. Observa-se na prática diária que os pacientes jovens não conseguem aderir. Eles podem se beneficiar do tratamento sob demanda, ou seja, uso irregular do medicamento conforme a necessidade.

Os antagonistas dos receptores H₂ da histamina e os procinéticos são considerados drogas de segunda linha. Eles atuam bloqueando os receptores da histamina existentes nas células parietais, reduzindo a secreção de ácido. Os mais utilizados são a ranitidina, a famotidina, a cimetidina e a nizatidina²⁰.

Os procinéticos têm a propriedade de acelerar o esvaziamento gástrico, porém não têm ação sobre os relaxamentos transitórios do esfíncter inferior do esôfago. Os mais empregados são a metoclopramida e a domperidona e devem ser indicados quando o componente de gastroparesia estiver presente.

Se o paciente apresentar efeitos adversos aos IBP ou aos receptores H₂ da histamina, pode-se prescrever os antiácidos, alginatos e sucralfato, os quais promovem alívio sintomático passageiro.

Especial cuidado deve ser dispensado às grávidas, considerando o eventual efeito teratogênico das drogas. Deve

ser esclarecida a importância das medidas comportamentais e evitar o uso de medicamentos com absorção sistêmica. Recomenda-se o uso de antiácidos. Caso ocorra manutenção dos sintomas, pode-se recorrer à prescrição dos antagonistas dos receptores da histamina. Dos agentes sistêmicos, apenas os antagonistas dos receptores da histamina são seguros para utilização durante a lactação, pois a maioria das drogas é excretada pelo leite⁵.

Em que pese a grande contribuição dos IBP no tratamento da DRGE, 20 a 42% dos pacientes não respondem de maneira satisfatória, é a chamada DRGE refratária. Segundo Moraes Filho (2012)³⁴, as primeiras causas da DRGE refratária são: pirose funcional, falta de aderência ao tratamento, erro de prescrição, diferenças genotípicas, refluxo gastroesofágico não ácido, doenças autoimunes, esofagite eosinofílica e erro de diagnóstico. O autor refere ainda que a DRGE pode estar associada à hipersensibilidade visceral, a qual interfere no quadro clínico, aumentando a intensidade dos sintomas. Esta situação pode melhorar com a administração de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e inibidores da recaptção da serotonina (fluoxetina).

Pesquisas recentes têm mostrado que novas drogas podem ser utilizadas nos pacientes com a DRGE e refratários ao tratamento com IBP. Tais drogas atuam sobre os relaxamentos transitórios do EIE, inibindo-os. Uma das drogas promissoras é o ácido gama aminobutírico tipo B (gaba B). Assim os pacientes com refluxo não ácido ou fracamente ácido poderiam ser tratados com esta droga⁹.

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico está indicado para os pacientes que necessitam usar a medicação ininterruptamente, os intolerantes ao tratamento clínico prolongado e nas formas complicadas da doença. Herbella & Patti (2010)²⁴ referem que o tratamento cirúrgico deve ser indicado também nas mulheres menopausadas e com osteoporose, tendo em vista a possível interferência dos IBP na absorção de cálcio. A grande dificuldade do tratamento clínico não consiste em controlar os sintomas, mas em manter os pacientes assintomáticos ao longo do tempo.

O tratamento cirúrgico consiste na confecção de uma válvula anti-refluxo gastroesofágica realizada com o fundo gástrico (funduplicatura) e foi descrita por Nissen (1956)³⁹. Ela corrige o defeito anatômico, pois reduz a hérnia hiatal por deslizamento, presente em 89% dos refluídos patológicos³¹. Além disso, ela restaura a competência do esfíncter inferior do esôfago, fato demonstrado por pesquisas experimentais e clínicas^{23,24,28,41}.

Existem três tipos principais de operação para o tratamento da DRGE: a funduplicatura total (Nissen), na qual há envolvimento total do esôfago (360°), a parcial (Toupet) e a mista, introduzida em nosso país por Brandalise & Aranha (1996)⁸ (Figura 1).

No início da década de 90, foi observado aumento significativo das indicações de cirurgia para o tratamento da DRGE. Este fato incidiu com a descrição da funduplicatura videolaparoscópica por Dallemagne et al. (1991)³⁶. Esta técnica permite acesso à cavidade abdominal sem a necessidade de grandes incisões, permitindo a realização da operação com total reprodução do método consagrado na via laparotômica, constitui-se no grande avanço da cirurgia, alcançando grande sucesso²⁸. As vantagens da funduplicatura videolaparoscópica são várias, destacando-se a diminuição da dor no pós-operatório, rápida recuperação, alta hospitalar precoce, reintegração às atividades diárias e ao trabalho em curto período de tempo, aspecto estético favorável, com mínima mudança no estilo de vida²⁸. Além disso, o tamanho reduzido das incisões e a mínima dor pós-operatória permitem a deambulação precoce dos pacientes e recuperação rápida dos movimentos do diafragma, reduzindo o desenvolvimento de complicações respiratórias¹³.

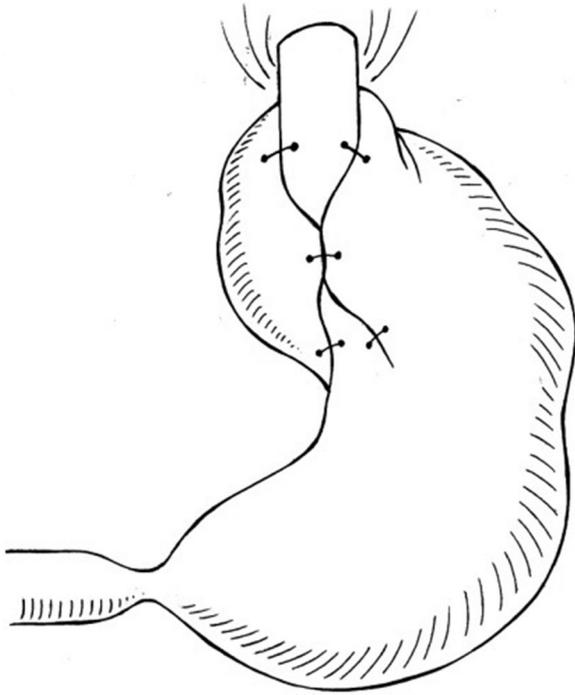


FIGURA 1 - Procedimento de funduplicatura de Brandalise & Aranha⁸

Resultados excelentes e bons têm sido observados em 90 a 93% dos pacientes submetidos a este tipo de tratamento^{11,13,19,24,28}.

A perfuração do esôfago ou estômago é considerada a complicação mais importante da funduplicatura videolaparoscópica, cuja evolução é fatal na maioria dos casos. Esta complicação ocorre em número reduzido de pacientes (0,5 a 2%) e diminui de maneira significativa com a experiência do cirurgião. Dentre as complicações tardias, a disfagia cuja incidência é de 8%, ocorre em maior número nos pacientes submetidos à funduplicatura total, cuja evolução é benigna na maioria dos casos. A persistência do sintoma exige dilatação endoscópica ou até reoperação, com remissão total. Andrade et al. (2012)² analisaram a qualidade de vida de 43 pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da DRGE e referem que 58,1% deles estavam muito satisfeitos com o resultado da operação e 37,2% satisfeito.

A indicação absoluta do tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da doença.

Vários fatores devem ser analisadas antes de se propor a operação para os portadores de esôfago de Barrett, sendo a idade, a extensão da lesão, a presença e o grau de displasia os mais importantes. Durante vários anos, postulou-se que a metaplasia intestinal não apresentava regressão após a instituição de tratamento clínico ou cirúrgico. Todavia, pesquisas recentes têm demonstrado o contrário, derrubando o mito. Gurski et al. (2003)²¹ avaliaram 91 pacientes com EB, os quais foram submetidos ao tratamento clínico (14 pacientes) e cirúrgico (n=77). Os autores demonstraram regressão das lesões em 36,4% dos operados e em 7,1% daqueles submetidos a tratamento com IBP. A regressão ocorreu mais nos pacientes com EB curto (menos que 3 cm de extensão) do que no longo. Resultado semelhante foi observado por Carvalho et al. (2011)¹¹, que também observaram regressão da lesão (63,8%), porém um evoluiu para adenocarcinoma. Szachnowicz et al. (2012)⁴⁴ referem que após operar 221 pacientes com EB, observam regressão da lesão em 8,9% deles; entretanto, três mostraram progressão para adenocarcinoma.

A análise das pesquisas permite concluir que o tratamento cirúrgico é mais eficiente em regredir a metaplasia, a qual ocorre mais naqueles com EB curto, entretanto, não se pode afirmar que os pacientes operados estão livres de desenvolver degeneração maligna, exigindo seguimento endoscópico, principalmente quando a lesão é longa (igual ou maior que 3 cm), pois neste grupo a progressão para o câncer é mais comum⁴⁴.

Nos pacientes com EB curto e assintomático, principalmente os idosos, é válida a conduta conservadora, na qual se administra o IBP em dose plena, duas vezes ao dia, associado a seguimento endoscópico. Isto se a lesão não apresentar displasia, ou se a displasia for de baixo grau. Naqueles com EB longo, mesmo assintomático é aconselhável a conduta cirúrgica, realizando-se a funduplicatura total, principalmente nos jovens, pois o risco de degeneração maligna é maior.

A esofagectomia subtotal transhiatal está reservada para os pacientes com EB associado à displasia de alto grau, precedida de IBP por três meses, novas biópsias e confirmação do diagnóstico por dois patologistas.

A estenose péptica é outra complicação da DRGE com baixa incidência, após a introdução dos IBP. A funduplicatura precedida de dilatação endoscópica tem mostrado resultados favoráveis. Outra complicação incomum é a hemorragia, a qual requer tratamento clínico, com dose dupla de IBP por período não inferior a oito semanas.

O binômio DRGE-obesidade ocorre com frequência, em decorrência da epidemia mundial de obesidade⁷. Nesta eventualidade, a funduplicatura não deve ser realizada, pois os índices de recidiva não são desprezíveis⁴². A conduta mais adequada é encaminhar os pacientes com índice de massa corporal maior que 35 kg/m² para o especialista em cirurgia bariátrica, a qual tem mostrado bons resultados na remissão dos sintomas da DRGE.

Em relação ao tratamento cirúrgico dos pacientes com manifestações extra-esofagianas, maior número de indicações de funduplicatura para os refluídos crônicos com queixas respiratórias é a norma. Lopes et al. (2013)²⁷ referem resultados satisfatórios após realizar funduplicatura em pacientes com asma, com melhora significativa da qualidade de vida. As manifestações otorrinolaringológicas são relativamente frequentes, sendo a rouquidão a mais referida. Todavia os refluídos com rouquidão em geral são profissionais que utilizam a voz, tais como os professores, religiosos e vendedores²⁹. O tratamento clínico com IBP em dose plena duas vezes ao dia associado a sessões semanais de fonoterapia tem mostrado bons resultados, sendo o procedimento cirúrgico conduta de exceção⁴⁵.

CONCLUSÕES

A DRGE é grande problema de saúde pública e afeta 12% da população brasileira. O anamnese é fundamental para o diagnóstico da DRGE, com atenção especial aos sintomas típicos e atípicos (duração, intensidade, frequência, fatores desencadeadores e relevantes, evolução e impacto na qualidade de vida). A endoscopia digestiva alta e a pHmetria esofagiana são os métodos mais sensíveis de diagnóstico. O tratamento clínico é a norma no controle dos sintomas; entretanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que requerem uso contínuo de fármacos, que são intolerantes aos fármacos e que apresentam as formas complexas da DRGE.

REFERÊNCIAS

- Abrahão-Junior LJ, Lemme EMO. Manifestações extra-esofágicas da DRGE. *J Bras Med.* 2012; 100(5):17-21.
- Andrade FJC, Almeida ER, Santos MTBR, Soares-Filho E, Lopes JB, Silva RCV. Qualidade de vida do paciente submetido à cirurgia videolaparoscópica para tratamento para doença do refluxo gastroesofágico. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2012; 25(3):154-160.
- Andreollo NA, Lopes LR, Coelho-Neto JS. Doença do refluxo gastroesofágico: qual a eficácia dos exames no diagnóstico? *Arq Bras Cir Dig.* 2010; 23(1):6-10.
- Azzam RS, Sallum RAA, Brandão JF, Navarro-Rodrigues T, Nasi A. Comparative study of two modes of gastroesophageal reflux measuring: conventional esophageal monitoring and wireless pH monitoring. *Arq Gastroenterol.* 2012; 49(2):107-112.
- Barczinski T, Moraes-Filho JPP. Doença do refluxo gastroesofágico na mulher. *Rev Bras Med.* 2006; 63(12):160-168.
- Barros GSS. Doença do refluxo gastroesofágico – prevalência, fatores de risco e desafios. *Arq Gastroenterol.* 2005; 42(2):71-72.
- Biccas BN, Lemme EMO, Abrahão Jr LJ, Agüero GC, Alavarez A, Schechter RB. Maior prevalência de obesidade na doença do refluxo gastroesofágico erosiva. *Arq Gastroenterol.* 2009; 46:15-19.
- Brandalise NA, Aranha NC. Doença do refluxo gastroesofágico: técnica operatória. In: Marchesini JB, Malafaia O. Doença do refluxo gastroesofágico. São Paulo, Atheneu, 1996, p.171-190.
- Calado AF, Fernandes e Silva C, Menezes AC, Araujo-Filho I, Medeiros AC. Surgical treatment for gastroesophageal reflux disease. *J Surg Ci Res.* 2013; 4(1):19-25.
- Camacho-Lobato L. Doença do refluxo gastroesofágico. *RBM Rev Bras Med.* 2001; 58(8):550-561.
- Carvalho GL, Lira LHL, Chaves EFC, Silva JSN, Rocha RG, Brandt CT. Laparoscopic anti-reflux surgery promotes regression or disappearance of Barrett's esophagus, but does not eliminate the risk of esophageal adenocarcinoma. *Bras J Video Sur.* 2011; 4(1):15-20.
- Castro LP, Brito EM, Coelho LGV. Doença do refluxo gastroesofágico. *Rev Bras Med.* 2000; 57(11):1214-1232.
- Coelho JCV, Wiederkehr JC, Campos ACL, Andrigueto PC, Pinho RV, Bonin EA. Complicações do tratamento laparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico. Experiência de 600 casos. *Rev Col Bras Cir.* 2000; 26(4):237-242.
- Correa MCCSF, Lerco MM, Cunha MLRS, Henry MACA. Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arq Gastroenterol.* 2012; 49(3):214-218.
- Correa MCCSF, Lerco MM, Henry MACA. Estudo das alterações na cavidade oral em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol.* 2008; 45(2):132-136.
- Dallemagne B, Weerts JM, Jehaes C. Laparoscopic Nissen fundoplication: a preliminary report. *Surg Lapar Endosc.* 1991; 1:138-139.
- El-Serag HB, Graham DY, Satia JÁ, Rabenek L. Obesity is an independent risk factor for GERD symptoms and erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100:1243-1250.
- Freitas JA, Lima LMP, Ranieri JL, Olivieri JC, Fragoço HJ, Chinzon D. Avaliação da eficácia – segurança e tolerabilidade de rabeprazol no tratamento de doenças ácido-pépticas. *Arq Gastroenterol.* 2002; 39(1):60-65.
- Funes HLX, Anai GK, Santos MCL, Leite APM, Salvador FC. Videolaparoscopia no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. *Rev Col Bras Cir.* 2000; 27(5):312-315.
- Galvão-Alves J. Doença do refluxo gastroesofágico. *J Bras Med.* 2012; 100(3):67-71.
- Gurski RG, Peters JH, Hagen JÁ, De Meester SR, Bremmer CG, Chandrasoma PT, De Meester TR. Barrett's esophagus can and does regress after antireflux surgery: a study of prevalence and predictive features. *J Am Coll Surg.* 2003; 169(5):706-713.
- Henry MACA, Martins RHG, Lerco MM, Carvalho LR, Lamônica-Gracia VC. Gastroesophageal reflux disease and vocal disturbances. *Arq Gastroenterol.* 2011; 48(2):98-103.
- Henry MACA, Motta DCP, Silva RA. Avaliação manométrica do esfôgado distal de coelhos submetidos a fundoplicatura total laparotômica e laparoscópica. *Arq Gastroenterol.* 2002; 39(2):106-110.
- Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease: From pathophysiology to treatment. *World J Gastroenterol.* 2010; 16(30):3745-3749.
- Klinkenberg-Knol EC, Nelio F, Dent J, Snel P, Mitchell B, Prichard P, Lloyd D, Havre N, Frame MH, Roman J, Walan A; Long-Term Study Group. Long-term omeprazole treatment in resistant gastroesophageal reflux disease: efficacy, safety, and influence on gastric mucosa. *Gastroenterology* 2000; 118:1-9.
- Lemme EMO, Almeida SM, Firman CG, Pantoja JP, Nascimento FAP. pHmetria esofagiana prolongada – avaliação de 170 exames. *Arq Gastroenterol.* 1997; 34:71-77.
- Lopes LR, Bertanha L, Silva PR, Vedan AB, Carvalheiro AP, Coelho-Neto JS, Terciotti Junior V, Andreollo NA. Avaliação cirúrgica laparoscópica anti-refluxo nos portadores de sintomas extra esofágicos relacionados à asma na DRGE. *Arq Gastroenterol.* 2013; 50 – Suplemento. p.44.
- Lopes LR, Brandalise NA, Andreollo NA, Leonardi LS. Tratamento cirúrgico videolaparoscópico da doença do refluxo gastroesofágico: técnica de Nissen modificada – resultados clínicos e funcionais. *Rev Ass Med Brasil.* 2001; 47(2):141-148.
- Martins RHG, Branco A, Tavares ELM, Iyomassa RM, Carvalho LR, Henry MACA. Laryngeal and voice disorders in patients with gastroesophageal symptoms. Correlation with pH – monitoring. *Acta Cir Bras.* 2012; 27(11):821-828.
- Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Amer J Gastroenterol.* 2000; 95(10):2692-2697.
- Mittal RK, Holloway RH, Penagini R, Blackshaw LA, Dent J. Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology.* 1995; 109(2):601-610.
- Moraes-Filho JPP, Cecconello I, Gama-Rodrigues JG, Castro LP, Henry MA, Meneghelli UG, Quigley E and the Brazilian Gerd Consensus Group. Brazilian Consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals of assessment, classification and management. *Amer J Gastroenterol.* 2002; 97(2):241-248.
- Moraes-Filho JPP, Navarro-Rodrigues T, Barbuti R, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W and the Brazilian Gerd Consensus Group. Guidelines for the diagnosis and management of GERD : An evident-based consensus. *Arq Gastroenterol.* 2010; 47:99-115.
- Moraes-Filho JPP. Doença do refluxo gastroesofágico de difícil tratamento. *RBM Rev Bras Med.* 2012; 69(12):41-46.
- Moraes-Filho JPP. Doença do refluxo gastroesofágico. *RBM Rev Bras Med.* 2007; 64(8):348-354.
- Moretzsohn LD, Brito EM, Reis MSF, Coelho GV, Castro LP. Assessment of effectiveness of different dosage regimens of pantoprazole in controlling symptoms and healing esophageal lesions of patients with mild erosive esophagitis. *Arq Gastroenterol.* 2002; 39(2):123-125.
- Nasi A, Moraes-Filho JPP, Cecconello I. Doença do refluxo gastroesofágico: revisão ampliada. *Arq Gastroenterol.* 2006; 43(4):334-340.
- Nasi A, Moraes-Filho JPP, Zilberstein B, Cecconello I, Gama-Rodrigues J. Doença do refluxo gastroesofágico: comparação entre as formas com e sem esofagite, em relação aos dados demográficos e às manifestações sintomáticas. *Arq Gastroenterol.* 2001; 38(2):109-115.
- Nissen R. Gastropexy as the alone procedure in the surgical repair of hiatus hernia. *Am J Surg.* 1956; 92:389-392.
- Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP. Prevalência e fatores associados a doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol.* 2005; 42(2):116-121.
- Oliveira WK, Henry MACA, Lerco MM. Avaliação manométrica do esfíncter inferior do esôfago de coelhos submetidos a fundoplicatura total e parcial. *Acta Cir Bras.* 2004; 19(5):555-564.
- Perez AR, Moncure AC, Rattner DW. Obesity adversely affects the outcome of antireflux operations. *Surg Endosc.* 2001; 15:986-989.
- Sarvat MA, Domingues GRS. Repercussões laringeas do refluxo gastroesofagofaringea. In: Caldas Neto S, Mello Jr JF, Martins RHG, Costa SS. Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico Facial. Gen Roca Grupo Editorial Nacional: 2011, p 401-411.
- Szachnowicz S, Seguro F, Sallum RAA, Nasi A, Moura EHG, Rocha J, Cecconello I. Late endoscopic surveillance in Barrett's esophagus submitted to fundoplication. Is it worthwhile? *Diseases of Esophagus.* 2012; 25 Supplement. P64A.
- Vashani K, Muruges M, Hattiangadi G, Gore G, Keer V, Ramesh VS, Sandur V, Bhatia SJ. Effectiveness of voice therapy in reflux related with voice disorders. *Diseases of Esophagus.* 2010; 23:27-32.