

# Doença do refluxo gastroesofágico



O Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico (CDBRGE) definiu a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a ele, acarretando um espectro variável de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extra-esofagianos, associados ou não a lesões teciduais.

A DRGE constitui-se em uma doença muito freqüente na prática médica atual. Apresenta uma diversidade de aspectos clínicos que vão desde os sintomas clássicos, representados pela pirose retroesternal, até as manifestações atípicas tais como as laringo-traqueais. Como resultados de exames complementares para diagnóstico, a endoscopia pode ser normal ou evidenciar lesão tipo Barrett.



A esofagite de refluxo resulta da combinação de uma maior quantidade do conteúdo gástrico, refluído, com uma deficiência no clareamento desse material pelo esôfago terminal, sendo a lesão da mucosa e os sintomas de refluxo proporcionalmente relacionados com a quantidade do material refluído e o seu tempo de contato com a mucosa ou órgão agredido.

A barreira anti-refluxo é anatômica, fisiologicamente complexa e vulnerável aos vários mecanismos que induzem ao refluxo. Os três mecanismos dominantes na fisiopatologia da junção esofagogástrica incompetente são: relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago, hipotensão do esfíncter inferior do esôfago e alteração anatômica na junção esofagogástrica, provavelmente associada à hérnia hiatal.

O diagnóstico da DRGE fundamenta-se nos sintomas referidos pelo paciente, sendo necessário um exame endoscópico, para avaliação de possíveis lesões, bem como para afastar outras patologias que possam ser responsáveis pelos sintomas apresentados. A pHmetria esofágica, manometria, impedanciometria e o BRAVO são exames que podem ser realizados para a complementação diagnóstica.

O tratamento da DRGE objetiva a remissão dos sintomas, cicatrização das lesões, prevenção das recidivas e evitar as complicações induzidas pelo refluxo gastroesofágico, a fim de promover uma melhor qualidade de vida ao paciente. Muitas vezes faz-se necessário um tratamento de manutenção para preservar essa qualidade de vida.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico e é estabelecido de acordo com a gravidade dos sintomas.

Pacientes que apresentam sintomas de moderada intensidade devem ser tratados com medidas comportamen-

tais, modificações de hábitos alimentares e uso de medicamentos do tipo dos bloqueadores H<sub>2</sub> da histamina; já naqueles com sintomas de grande intensidade, devem ser utilizados, também, os inibidores de secreção, como inibidores de bomba de prótons, ou a cirurgia anti-refluxo.

Entre esses extremos, a combinação do uso dos inibidores da secreção gástrica e a gravidade da doença devem ser fatores considerados para a escolha da conduta a ser utilizada, visando fundamentalmente propiciar uma boa qualidade de vida.

#### Tratamento clínico

É constituído basicamente de modificações comportamentais do paciente, associadas na maioria das vezes à terapia medicamentosa. As medidas comportamentais e modificações dos hábitos alimentares visam aumentar o clareamento do esôfago terminal e minimizar a incidência de episódios de refluxo. A restrição ao fumo e a proibição de alimentação próximo à hora de dormir devem ser indicadas.

A elevação da cabeceira da cama em torno de 15cm é importante para o grupo de pacientes portadores de sintomatologia noturna ou ligada às manifestações laringotraqueais. Nas demais situações, é questionável, como relatado no *The Genval Workshop Report*.

A restrição alimentar deve ser orientada, especialmente com relação a alimentos que podem evocar episódios de refluxo, como alimentos gordurosos, bebidas alcoólicas, menta, refrigerantes tipo coca, vinho tinto e suco de laranja, visto que tais alimentos promovem uma diminuição da pressão do esfíncter inferior do esôfago e, portanto, podem desencadear os sintomas da patologia em discussão. Vale salientar que deter-

minados pacientes podem apresentar o refluxo na ingesta de outros alimentos.

Ainda com relação às modificações comportamentais, sugere-se não assumir a posição supina após a alimentação, evitar roupas apertadas e ingestão de líquidos adicionais durante as refeições.

O tratamento medicamentoso mais comum e efetivo da esofagite de refluxo ou de seus sintomas visa reduzir a produção da secreção ácida com a utilização dos inibidores de secreção do tipo bloqueador H<sub>2</sub> da histamina ou inibidor de bomba de prótons, procinéticos e antiácidos, quando necessário.

Utilizam-se desde a década de 80, preferencialmente, os inibidores de bomba da secreção ácida gástrica, tais como o omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol e esomeprazol. Tem-se observado que, por alguns pacientes metabolizarem mais rapidamente alguns desses medicamentos, a decisão de qual droga usar precisa ser personalizada. Um aspecto importante é a origem do produto (referência, manipulados, genéricos ou similares) e o seu manuseio (preferencialmente ingerir em jejum), fora algumas características químicas como o pKa.

As doses padronizadas dos inibidores de bomba de prótons são: omeprazol 20mg, lansoprazol 30mg, rabeprazol 20mg e esomeprazol 40mg. Esses medicamentos devem ser administrados antes da primeira refeição, quando a quantidade de H-K-ATPase é maior no canalículo da célula parietal.

Os pacientes portadores de manifestações atípicas da DRGE que apresentam episódios de asma, especialmente os desencadeados durante a madrugada; laringite; tosse crônica e pigarro, podem necessitar de uma

maior dose dos inibidores de bomba de prótons, preferencialmente dividida em duas tomadas, com o objetivo de manter o pH intra-esofágico maior que 4. A eficácia do tratamento é proporcional ao espaço de tempo durante o dia em que o pH intragástrico mantém-se acima de 4.

Após a cicatrização das lesões e melhora dos sintomas, determinados grupos de pacientes necessitam tratamento de manutenção para permanecerem assintomáticos e com uma boa qualidade de vida.

Existe referência na literatura de que pacientes portadores da doença do refluxo gastroesofágico, evidenciada pela pHmetria de 24 horas, e que apresentam refluxo em posição ortostática podem se beneficiar com a utilização de baclofen com a finalidade de diminuir o relaxamento transitório do esfíncter inferior do esôfago.

Apesar do tratamento com os inibidores de bomba, alguns pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico continuam com sintomas ou evidência endoscópica de esofagite. Essa falha da terapia pode estar relacionada com a necessidade de uma maior agressividade no tratamento ou a existência de outras causas para os sintomas.

A exposição esofágica a uma maior produção de ácido noturna, correlacionada com outros fatores que podem contribuir com uma inadequada resposta do inibidor de bomba de prótons, incluindo diminuição de biodisponibilidade, variações no metabolismo da droga, hipersecreção ácida e o *status* do *Helicobacter pylori*, podem levar a um insucesso no tratamento.

Uma outra alternativa terapêutica clínica é o chamado tratamento de demanda (uso do medicamento quando necessário), para os pacientes que apresentam queixas de refluxo de forma intermitente.

### Tratamento cirúrgico

A cirurgia tende a ser reservada para as complicações da doença, tais como esofagite grave, intolerância ao tratamento clínico, estenose, metaplasia de Barrett, persistência dos sintomas apesar da supressão ácida adequada ou asma. Esse procedimento tem utilizado a via laparoscópica como a preferencial, levando-se em consideração uma correta avaliação prévia, laboratorial (pHmetria, manometria) e endoscópica. O esclarecimento ao paciente sobre este procedimento, informando-o da ocorrência de complicações e riscos de recidiva da doença, é fundamental.

A prática tem nos mostrado que a conduta com relação aos pacientes precisa ser personalizada, em função dos sintomas relatados e das primeiras respostas apresentadas com a utilização das medidas comportamentais e dos medicamentos prescritos.

No contexto geral, o tratamento da DRGE precisa proporcionar a melhora da qualidade de vida desse grupo de pacientes, e evitar, se possível, as prováveis complicações da doença. ■

### Bibliografia:

- DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:190.
- Wolfe MM, Sachs G. Acid suppressi-

on: Optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology.* 2000;118(2 Suppl 1):S9.

Spechler SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. The Department of Veteran Affairs Gastroesophageal Reflux Disease Study Group. *N Engl J Med.* 1992;326:786.

Stuart Jon Spechler MD. Barrett's Esophagus. *N Engl J Med.* 346 (11).

Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty, Janssens J, Kahrilas PJ, Lauritsen K, Reynolds JC, Shaw M and Talley NJ. An evidence-based appraisal of reflux disease management - The Genval Workshop Report. *Gut.* 1999;44:1-16.

Joaquim Prado P. Moraes-Filho, M.D., F.A.C.G., F.A.C.P., Ivan Cecconello, M.D., Joaquim Gama-Rodrigues, M.D., Luiz de Paula Castro, M.D., F.A.C.G., Maria Aparecida Henry, M.D., Ulisses G. Meneghelli, M.D., Eamonn Quigley, M.D., F.A.C.G., and the Brazilian Consensus Group. Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: Proposals for Assessment, Classification, and Management. *AJG.* 2002;97 (2).

K.J. Lee, r. Vos, J. Janssens & J. Tack. Differential effects of baclofen on lower esophageal sphincter pressure and proximal gastric motility in humans. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:199-207.



Divulgação

Este Como eu trato foi escrito pelo Dr. José Nonato Fernandes Spinelli, ex-residente do Serviço do Prof. Djalma Vasconcelos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, médico do Ambulatório de Gastroenterologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), ex-presidente da Comissão de Título de Especialista da Federação Brasileira de Gastroenterologia, membro internacional do *American Journal of Gastroenterology* e presidente da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição da Paraíba