

I



PUBLICAÇÕES SPED

Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE)

Editor convidado Luís Novais

MONOGRAFIAS CLÍNICAS

Editor José Manuel Romãozinho

DOENÇA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO (DRGE)

Editor Convidado

Luís Novais

Editor das Monografias Clínicas

José Manuel Romãozinho

Edição

Publicações SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Patrocínio

NYCOMED PORTUGAL

Design e Paginação

Printipo Indústrias Gráficas, Lda.

Impressão

Printipo Indústrias Gráficas, Lda.

DEPÓSITO LEGAL

N.º 295111

TIRAGEM

3000 exemplares

MONOGRAFIAS CLÍNICAS

© 2009 Publicações SPED | Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

Todos os direitos reservados em todo o mundo e em todas as línguas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, transmitida ou guardada sob qualquer forma ou por qualquer meio mecânico ou electrónico, incluindo fotocópia ou gravação, ou através de sistemas de conservação e recuperação, sem autorização escrita do detentor do *copyright*.

Autores

José Manuel Romãozinho

Chefe de Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Luís Abreu Novais

Chefe de Serviço de Gastrenterologia

CEDE- Centro de Estudos de Doenças Esofágicas - Instituto do Coração

Paula Ministro

Assistente Hospitalar Graduada do Hospital de São Teotónio - Viseu

Pedro Figueiredo

Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Assistente Hospitalar Graduado de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Índice

07 | **Prefácio**
José Manuel Romãozinho

09 | **Introdução**
Luís Abreu Novais

1ª Parte

11 | O que é a DRGE e a sua prevalência?
Quais são os sintomas típicos da DRGE?
Paula Ministro

17 | Quais as manifestações extra-esofágicas?
São os sintomas otorrinolaringológicos devidos ao RGE?
É a dor torácica devida ao RGE?
É a asma desencadeada pelo RGE?
Luís Novais

23 | Quando está indicado a realização dos estudos funcionais esofágicos?
Quando recorrer e como realizar teste/prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons?
Pedro Figueiredo

Prefácio

José Manuel Romãozinho

O presente volume da série Monografias Clínicas das Publicações SPED é dedicado à doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE), condição muito frequentemente observada na prática clínica diária e, por via deste facto, comumente associada com um impacto económico deveras significativo.

Com efeito, a DRGE foi recentemente considerada a doença digestiva mais dispendiosa nos EUA, com um custo anual estimado de 10 bilhões de dólares. Esta impressionante quantia, deriva tanto dos gastos directos da enfermidade – em consultas, exames complementares de diagnóstico e medidas terapêuticas, como dos prejuízos sociais indirectos – relacionados com a perda de produtividade laboral dos doentes com DRGE, resultante duma marcada diminuição da sua qualidade de vida, susceptível de atingir, em alguns casos, um nível similar ao da depressão.

Confrontada com a inexistência de dados epidemiológicos sobre a matéria do refluxo gastro-esofágico no nosso país, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva promoveu, no ano de 2005, a realização de um estudo destinado a avaliar a prevalência da pirose e da regurgitação ácida, bem como da DRGE, entre nós. A referida pesquisa, financiada pela Altana Pharma, consistiu num inquérito telefónico estruturado, levado a cabo sobre uma amostra populacional portuguesa de idade igual ou superior a dezoito anos, residente no território continental. A investigação revelou que cerca de 20% dos inquiridos tinham sofrido pirose e/ou regurgitação ácida nas quatro semanas abrangidas pelo estudo e, ainda, que 7,4% dos entrevistados apresentavam queixas compatíveis com o diagnóstico de DRGE (definida como a ocorrência de pirose e/ou regurgitação ácida duas ou mais vezes por semana). Para além disso, mais de um terço da população, sem sintomas de refluxo gastro-esofágico no intervalo de

tempo considerado, já os havia sentido anteriormente.

Os resultados deste estudo demonstram que a prevalência do refluxo gastro-esofágico em Portugal está em consonância com as elevadas taxas verificadas em outros países do mundo ocidental, podendo deste modo constituir um importante problema de saúde pública, a merecer a atenção prioritária dos colegas da Medicina Geral e Familiar.

Uma palavra final de agradecimento ao Editor Convidado desta monografia, Dr. Luís Novais, conceituado gastrenterologista especialmente versado nos campos do refluxo gastro-esofágico e da motilidade digestiva, e à notável equipa de colaboradores que conseguiu reunir, pelo empenho e competência postos na elaboração do presente título, decerto reflectidos na plena aceitação do mesmo por parte dos seus leitores.

Coimbra, 30 de Dezembro de 2008

José Manuel Romãozinho

A doença de refluxo gastro-esofágico(DRGE) é uma entidade que inclui as manifestações clínicas da doença de refluxo gastro-esofágico e as lesões ou complicações da mucosa secundárias ao refluxo gastro-esofágico. Pela sua frequência e pela diversidade da sua sintomatologia, tem expressão na qualidade de vida da população adulta nos países ocidentais, estando presente em 10 a 20% dos adultos. É motivo de consulta frequente quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários quer do Médico Especialista, pelo largo espectro clínico que apresenta.

Pretende-se que esta monografia da responsabilidade da SPED responda a questões referentes à DRGE, nomeadamente aos aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos. De forma a tornar simples, claros e práticos os conceitos mais recentes da Doença de Refluxo Gastro-Esofágico, organizamos esta monografia com a formulação de perguntas que reflectem as dúvidas mais comuns da prática clínica.

Deseja-se que a monografia possa ser útil aos Médicos de Medicina Geral e Familiar, bem como aos Médicos das Especialidades de Otorrinolaringologia, Pneumologia e Cardiologia, dado o envolvimento e a repercussão do RGE nas manifestações extra-esofágicas ou atípicas.

O que é a DRGE e a sua prevalência?

Paula Ministro

A doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) engloba todos os indivíduos que apresentem complicações ou alteração significativa da qualidade de vida em consequência do refluxo ⁽²⁸⁾.

A frequência dos sintomas nesta definição não é tão importante como em anteriores, realçando-se o aspecto da perturbação da qualidade de vida: a existência de sintomas ligeiros, em dois ou mais dias por semana e severos, num dia por semana, os quais, classificados pelos doentes como perturbadores da sua qualidade de vida, são suficientes para a definição da doença. Esta classificação, como foi salientado pelo painel do consenso em que foi elaborada, centra-se no doente.

Assim, actualmente o diagnóstico da DRGE baseia-se na existência de sintomas típicos isoladamente; em testes demonstrativos da presença de refluxo do conteúdo gástrico (pHmetria, impedância); na presença de efeitos do refluxo (avaliados por endoscopia, histologia ou microscopia electrónica) associados a sintomas típicos, atípicos ou complicações. Foi ainda reconhecido que o refluxo pode ser fracamente ácido e gasoso.

A definição e classificação da doença permitem, de um modo fluído, definir como portadores de DRGE os indivíduos sintomáticos, caracterizar as lesões encontradas no esófago e associar à doença determinadas manifestações extra-esofágicas (Quadro 1).

A DRGE poderá ser dividida, para efeitos de sistematização, em síndromes esofágicas e síndromes extra-esofágicas.

Dentro das síndromes esofágicas, numa primeira fase, os doentes são classificados como tendo síndromes sintomáticas, significando que apresentam sintomas típicos de refluxo (ardor retroesternal, e/ou regurgitação) ou dor torácica. Após estudo complementar, com endoscopia digestiva e histologia, é determinado se apresentam lesão da mucosa esofágica – síndromes com lesão esofágica – caracterizada por: esofagite, estenose péptica, esófago de Barrett, adenocarcinoma.

Em relação às síndromes extra-esofágicas foi proposto que se considerassem dois sub-grupos, consoante as provas de causalidade evidenciadas: as associações estabelecidas e associações propostas. De facto, as síndromes extra-esofágicas apresentam algumas características distintas das síndromes esofágicas como a diferente resposta à terapêutica anti-refluxo e, na maioria das situações, a etiologia multifactorial em que o refluxo é apenas um co-factor.

Quadro 1. DRGE - Classificação de Montreal

Doença de Refluxo Gastro-Esofágico - Classificação de Montreal⁽¹⁾			
Síndromes esofágicas		Síndromes extra-esofágicas	
Síndromes sintomáticas	Síndromes com lesão esofágica	Associações estabelecidas	Associações propostas
<ol style="list-style-type: none"> Síndrome típico de refluxo Dor torácica associada ao refluxo 	<ol style="list-style-type: none"> Esofagite Estenose péptica Esófago de Barrett Adenocarcinoma 	<ol style="list-style-type: none"> Tosse crónica Laringite de refluxo Asma associada ao refluxo Erosões dentárias 	<ol style="list-style-type: none"> Faringite Sinusite Fibrose pulmonar idiopática Otite média recorrente

A DRGE é a doença crónica do tubo digestivo mais prevalente. Há, no entanto, devido às características da doença e à inexistência de um teste *gold standard* para o seu diagnóstico, alguma dificuldade em determinar a sua real prevalência.

A prevalência tem sido calculada com base em dois tipos de estudos: inquéritos sintomáticos (pirose, regurgitação ácida) e nas alterações endoscópicas e da pHmetria das 24 Horas. Estes estudos estão imbuídos de erros grosseiros de avaliação associados com a falta de uniformidade na definição da doença, a limitação inerente aos testes utilizados (exclusão dos doentes sem lesão esofágica, nos estudos endoscópicos) e a não contabilização dos doentes com síndromes

extra-esofágicos. Na generalidade eles subavaliavam a prevalência da doença.

A prevalência da DRGE apresenta uma variabilidade geográfica que está relacionada com factores de risco comportamentais, demográficos e genéticos (Quadro 2). Ela é máxima nos países Ocidentais e mínima na Ásia. Estimou-se que a prevalência da doença nos países Ocidentais, definida como pelo menos um episódio de ardor retro-esternal e/ou regurgitação ácida por semana, variou entre 10 e 20% ⁽³⁾. Dentro dos países ditos ocidentais, os Estados Unidos da América (EUA) apresentam maior prevalência do que a Europa e na Europa há um gradiente norte – sul, com maior prevalência da doença no norte.

Em relação à prevalência da esofagite de refluxo na população adulta, um estudo de base populacional, oriundo da Suécia, revelou uma prevalência dos sintomas de refluxo de 40%, de esofagite de 16%. Ainda neste estudo verificou-se que 16% dos portadores de esofagite eram assintomáticos ⁽²²⁾.

Quadro 2. DRGE - Factores de risco de DRGE

DRGE: factores de risco		
Genéticos	Demográficos	Comportamentais
+ História familiar positiva + Sintomas/ Doença GI em parente de 1º grau	+ Gravidez + Idade + IMC - Nível educacional	+ Tabaco + Álcool + Medicamentos * - Contraceptivos orais - Café
+ Factor positivamente associado à DRGE - Factor negativamente associado à DRGE *AINE, aspirina, corticóides, nitratos		

A incidência é difícil de avaliar dado o carácter recidivante da doença. Existem apenas dois estudos, um do Reino Unido e outro dos EUA, em que foi efectuado um cálculo da incidência anual da DRGE estimando-se esta entre 1,5-3% ^(13,23). Os critérios de diagnóstico usados foram

menos claros que os critérios usados para o cálculo da prevalência, o que tem implicações em termos de fidelidade dos resultados.

Quais são os sintomas típicos da DRGE?

Os sintomas típicos de DRGE são a azia ou pirose e a regurgitação ácida. A azia ou pirose é definida como uma sensação de queimadura retro-esternal e localizada, pelo doente, entre o apêndice xifóide e o pescoço. É a manifestação mais frequente da DRGE. Ocorre sobretudo no período pós-prandial, particularmente após a ingestão de refeições copiosas, alimentos condimentados, citrinos, gorduras, chocolate, álcool. Determinadas posturas como a flexão do tronco, decúbito dorsal ou que envolvam contracção da parede abdominal podem desencadear o seu aparecimento. A frequência e severidade dos episódios de azia ou pirose não predizem a existência ou gravidade da lesão esofágica ⁽¹⁰⁾.

A regurgitação ácida traduz a presença de fluido ácido e amargo na boca que reflui do estômago sem ânsia de vômito, ou seja, sem contracção dos músculos abdominais. Surge muitas vezes associada ao decúbito, após eructação ou sucedendo a aumento da pressão intra-abdominal. Doentes que apresentam regurgitação ácida diária têm geralmente uma pressão diminuída do esfíncter esofágico inferior, uma parte considerável apresenta gastroparesia e a esofagite é frequente ⁽²¹⁾. Este sintoma é mais difícil de tratar do que a azia ou pirose. A acuidade destes dois sintomas no diagnóstico da doença é difícil de avaliar. Recentemente este aspecto foi objecto de uma revisão sistemática que englobou sete estudos, num total de 5000 doentes. A Endoscopia, dada a sua excelente especificidade para o diagnóstico de DRGE, foi o teste usado para avaliar a sensibilidade da pirose e regurgitação ácida. A presença dos sintomas clássicos de DRGE apresentou uma sensibilidade para o diagnóstico de esofagite que situou entre os 30 e 76%, com uma média ponderada de 55% ⁽¹⁴⁾. Este valor de sensibilidade tem como consequência prática o facto de a DRGE não poder ser excluída quando os sintomas estão ausentes.

A especificidade é, no entanto elevada, 89 e 95% respectivamente para a pirose e regurgitação ácida, tendo como teste diagnóstico de referência a pHmetria das 24 Horas ⁽¹²⁾.

Outros sintomas esofágicos podem surgir associados à DRGE, embora não sejam considerados típicos, como por exemplo, a disfagia, odinofagia, ptialismo e o globus. A sensibilidade destes para o diagnóstico da doença é muito baixa.

A disfagia consiste na dificuldade de passagem do bolo alimentar através do esófago. Exige sempre estudo complementar endoscópico. No contexto da DRGE traduz, na maioria dos casos, uma complicação da doença (esofagite severa, estenose, neoplasia) embora também possa estar associada a perturbação da motilidade. Tem que se fazer diagnóstico diferencial fora do espectro da DRGE.

A Odinofagia consiste na dor à deglutição e traduz lesão da mucosa esofágica. Pode ser ligeira ou intensa e apresentar-se com irradiação dorsal. Em alguns casos existem factores desencadeantes como alimentos (ácidos, especiarias), álcool. No entanto, em casos mais severos até a ingestão de saliva desencadeia a dor. Exige sempre estudo complementar endoscópico, tal como a disfagia. No contexto da DRGE traduz esofagite severa com úlceras. Salienta-se que na maioria dos casos a etiologia não é a DRGE.

O Globus é descrito como uma sensação de bola a nível da hipofaringe/esófago superior sem perturbação associada da deglutição. Alivia com a deglutição de sólidos ou líquidos e manifesta-se no período inter-prandial.

A sua associação com a DRGE é incerta. Existem factores de ordem psicológica como ansiedade, pânico e depressão que poderão ser relevantes na sua génese.

O Pتيالismo (*water brash*) também pode estar associado à DRGE, não deve ser confundido com a regurgitação ácida e traduz o aparecimento súbito de líquido alcalino (saliva) na boca. A associação com a DRGE é incerta.

Quais as manifestações extra-esofágicas?

Luís Abreu Novais

A DRGE pode ter sintomatologia atípica, sendo o refluxo implicado como responsável de numerosas manifestações extra-esofágicas, como a dor torácica não cardíaca, manifestações otorrinolaringológicas, manifestações pulmonares e manifestações orais.

As manifestações otorrinolaringológicas, pulmonares e orais, são normalmente denominadas manifestações supra-esofágicas da doença de refluxo gastro-esofágico. Segundo os recentes consensos de Montreal, criados com objectivo de definir e classificar a DRGE, são considerados as síndromes esofágicas e extra-esofágicas (fig. 1).

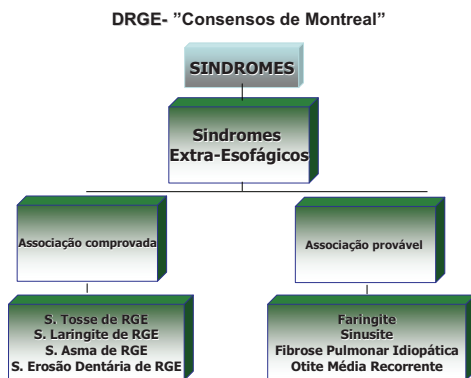


Fig. 1 DRGE - "Consenso de Montreal: Síndromes extra-esofágicas

São os sintomas otorrinolaringológicos devidos ao RGE?

Nos últimos anos, têm sido referidas numerosas situações de patologia do ouvido, nariz e garganta relacionadas com a DRGE. O RGE que ultrapassa o esfíncter esofágico superior é denominado, nomeadamente em otorrinolaringologia, como refluxo faringo-laríngeo (RFL).

Os sintomas do foro otorrinolaringológico descritos associados à DRGE são: disфонia, pigarro, tosse, globus e o laringoespasmo. A literatura refere que 10 a 20% das tosses crónicas, cerca de 55 a 70% das rouquidões

crónicas sem resposta à terapêutica, 25 a 50% dos globus faryngeos, têm como factor etiológico o RGE, sendo referido que cerca de 10% dos doentes observados em consulta de otorrinolaringologia têm DRGE. De destacar que, cerca de metade destes doentes, não referem a presença de sintomas típicos de DRGE. Quanto às doenças otorrinolaringológicas, embora muitas tenham sido associadas à DRGE, a manifestação predominante é a laringite, que tem recebido diferentes denominações, como laringite posterior, laringite ácida, laringite péptica e, mais recentemente, laringite de refluxo. Mesmo sendo desconhecida a prevalência de laringite de refluxo, há uma estimativa de que 4% a 10% dos pacientes que se apresentam a um otorrinolaringologista têm sintomas e/ou achados relacionados com a DRGE. Noutras lesões, como a faringite, otite, sinusite, granulomas das cordas vocais, estenose subglótica, cancro da laringe, tem sido referida a associação com DRGE.

É a dor torácica devida ao RGE?

A dor torácica, muitas vezes qualitativamente semelhante à dor torácica isquémica, pode ser causada por anomalias esofágicas e ocorre devido à inervação sensorial embriológica comum. Como este sintoma é similar à dor da isquémia miocárdica, todas as avaliações têm de primeiro excluir definitivamente uma eventual etiologia cardíaca. À semelhança da dor torácica isquémica, pode ser aliviada por nitroglicerina. Uma das características clássicas da dor torácica esofágica é não estar associada ao esforço, contudo a dor pode aparecer associada ao exercício. Pode ser espontânea, pós-prandial ou ocorrer à noite. Os sintomas podem durar minutos a horas. A dor esofágica está frequentemente associada a outros sintomas esofágicos, como pirose, regurgitação e disfagia. Caso se considere que não é de etiologia cardíaca, a dor torácica pode muitas vezes ser secundária a uma nocicepção visceral anormal, perturbação motora esofágica ou DRGE. Os estudos realizados revelam que em doentes com dor torácica em que foi excluída a existência de patologia cardíaca, “dor torácica não cardíaca ou dor torácica indeterminada”, em 25 a 50 % dos casos a dor é devida a DRGE. A correlação da dor com a DRGE pode ser

documentada pela realização dos estudos funcionais esofágicos ou pela realização de um curto período de tratamento com inibidores da bomba de prótons (Teste de inibidores / prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons), sendo normalmente realizada com a toma de IBP durante 4 semanas, em duas tomas diárias.

É a asma desencadeada pelo RGE?

A asma é uma das manifestações pulmonares relacionadas com o RGE, sendo referidas outras doenças, como as pneumonias de aspiração, a tosse crónica, a fibrose pulmonar intersticial, a bronquite crónica e as bronquiectasias.

Quanto à asma brônquica, é referido na literatura que 50 a 85% dos asmáticos tem RGE, não querendo isto significar que a asma seja devido ao refluxo. O RGE é mais frequente na asma porque vários factores favorecem os episódios de refluxo durante a asma: a descida do diafragma; o aumento da pressão transdiafragmática; o aumento dos relaxamentos transitórios de EEI e a redução da pressão do EEI resultante dos fármacos utilizados no tratamento como as teofilinas e beta-agonistas.

Quanto à asma ser desencadeada pelo RGE, estudos epidemiológicos têm estabelecido claramente a associação entre DRGE e asma, havendo forte correlação entre os episódios de refluxo e os sintomas respiratórios. Além disso, alguns estudos estabelecem não somente a coexistência, mas também a relação de causa e efeito, estabelecendo a DRGE como uma das importantes causas de asma no adulto. A história clínica é muito importante no diagnóstico da asma relacionada com o RGE. As manifestações que sugerem asma relacionada com DRGE são: asma do adulto, ausência de história familiar de asma, sintomas de refluxo prévios ao início do episódio de asma, dispneia agravada pelas refeições ou decúbito, tosse nocturna com dispneia, asma nocturna agravada pelos broncodilatadores ou doentes sem resposta à terapêutica broncodilatadora associada aos corticosteróides. Por outro lado, o RGE frequente nos doentes com asma brônquica pode agravar-se nos períodos de exacerbação e de obstrução das vias aéreas. Noutras situações, dada a prevalência da frequência da

DRGE e da asma brônquica, as duas entidades podem coexistir. De referir que o refluxo pode ser um factor de agravamento da asma brônquica de outras etiologias, podendo ser um iniciador e assim o seu tratamento nos doentes com asma pode melhorar esta situação clínica.

De entre os mecanismos fisiopatológicos que podem explicar as manifestações pulmonares da doença do refluxo, a micro-aspiração para a árvore respiratória é um mecanismo menos implicado, sendo maior a importância dos mecanismos reflexos vagais, com broncoconstrição por estimulação vagal reflexa secundária à presença do refluxo no esófago.

A correlação da asma com a DRGE pode ser documentada pela realização dos estudos funcionais esofágicos ou pela realização de um tratamento com inibidores da bomba de prótons (Teste de inibidores/ prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons), sendo normalmente realizada com a toma de IBP durante 12 semanas, em duas tomas diárias.

É a tosse crónica devida ao RGE?

A tosse crónica é definida como a persistência de tosse por um período mínimo de seis a oito semanas. A DRGE é actualmente considerada uma importante etiologia desse sintoma. Os doentes com tosse crónica associada exclusivamente à DRGE apresentam características sugestivas: sem hábitos tabágicos ou antecedentes alérgicos, relação com a toma de refeições, ausência de terapêutica com inibidores da enzima de conversão da angiotensina e radiografia de tórax normal.

Assim como o referido para a asma, dois mecanismos têm sido propostos para explicar a associação entre a DRGE e tosse crónica: o conteúdo gástrico refluído pode atingir as vias respiratórias causando a tosse; o refluxo do conteúdo ácido gástrico pode estimular terminais nervosos vagais presentes no esófago, desencadeando a tosse de forma reflexa. No entanto, a principal evidência de que a DRGE é causa de tosse crónica é o seu desaparecimento após tratamento com IBP, sugerindo-se que o Teste de inibidores / prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons, seja feito no mínimo 2 semanas com a toma duas vezes por dia. Os estudos funcionais esofágicos, nomeadamente a pHmetria de 2 canais de

24 horas, associada à Impedância de 24 horas é útil na determinação da existência de RGE ácido ou não ácido e na determinação da correlação e associação sintomática entre os episódios de tosse e de RGE.

Qual a proposta de abordagem dos doentes com suspeita de manifestações extra-esofágicas da DRGE?

A abordagem geral nos doentes com suspeita de manifestações extra-esofágicas da DRGE é resumida na fig 2. Se o doente apresenta sintomas clássicos da DRGE ou se há alta suspeição da DRGE, nomeadamente se outras potenciais etiologias foram excluídas, é proposto um curto período de terapêutica com Inibidores da Bomba de Protões em duas tomas diárias (Teste de inibidores / prova terapêutica com inibidores da bomba de protões), dado que esta abordagem têm maior aceitação por parte do doente do que a realização dos testes funcionais esofágicos, como a pHmetria esofágica e pHmetria com Impedância esofágica de 24 horas. A duração proposta para o teste depende do tipo de manifestação extra-esofágica: duas semanas para a tosse; quatro semanas para a dor torácica não cardíaca; doze semanas para a asma e doze a dezasseis semanas para as manifestações otorrinolaringológicas.

A marcada redução da sintomatologia ou a sua melhoria é uma forte evidência clínica de que o RGE é a causa da sintomatologia do doente. Após estabilização do alívio sintomático, a posterior redução progressiva da terapêutica até ao mínimo ou a sua suspensão e a implementação das medidas gerais preventivas é a atitude sugerida, com recurso à terapêutica se recidiva clínica. Se o doente necessita de terapêutica permanente durante longos períodos, pode ser questionada a eventual indicação de indicação cirúrgica em alternativa à terapêutica contínua a longo prazo, estando descrito que os factores preditivos de boa resposta à cirúrgica, são a boa resposta à terapêutica médica, a presença de hérnia do hiato e o resultado dos estudos funcionais esofágicos.

Os doentes que não respondem ao teste terapêutico com IBP, devem realizar estudos funcionais esofágicos sob terapêutica, normalmente pHmetria de 2 canais de 24 H (gástrico e esofágico) ou, se possível, a pHmetria com

impedância esofágica de 24 H, especialmente nos doentes com sintomatologia de regurgitação, persistência da tosse ou sintomatologia otorrinolaringológica, já que permite documentar inibição gástrica insuficiente ou presença de refluxo não ácido como responsável pela manutenção ou resolução incompleta da sintomatologia.

Se existe uma baixa suspeição clínica de que a sintomatologia é devida ao RGE (glogus, pigarro, queimadura na boca, etc) e não há alterações sugestivas na observação otorrinolaringológica de lesões provocadas pelo RGE, sugere-se a realização de estudos funcionais esofágicos, como a pHmetria esofágica de 24 h com 2 sensores (5 cm acima do EEI e esofágico alto/ faríngeo) ou, se possível, pHmetria com impedância esofágica de 24 H. Um teste negativo permite apoiar que a sintomatologia não é devida ao RGE. Em caso de teste positivo de RGE, o doente deverá iniciar tratamento com IBP, com monitorização clínica da resposta e se resposta incompleta, aconselha-se a monitorização da terapêutica com os estudos funcionais anteriormente referidos.

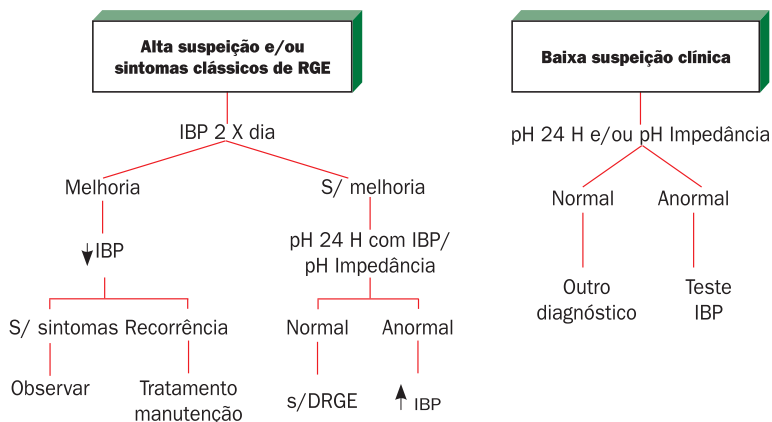


Fig. 2. Proposta de abordagem nas manifestações extra-esofágicas da DRGE

Quando está indicada a realização dos estudos funcionais esofágicos?

Pedro Figueiredo

Estão disponíveis uma variedade de testes para avaliação dos pacientes com suspeita de Doença de Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE). No entanto, são desnecessários na maioria dos casos dado que a existência de um quadro clínico sugestivo, com a presença de azia e de regurgitação ácida, é suficiente para identificar a doença e determinar o início da terapêutica.

Nalguns casos, no entanto, poderá ser necessário recorrer a exames complementares para comprovar a existência de DRGE. Estes exames poderão ser catalogados de acordo com o propósito a que se destinam. Assim, existem testes que visam comprovar a presença de refluxo, designadamente a monitorização do pH esofágico, a impedância e o estudo baritado, testes que avaliam os sintomas, como a prova terapêutica com inibidor de bomba de prótons (IBP) e a monitorização do pH esofágico associada à análise dos sintomas, testes que estudam a função esofágica e do esfíncter esofágico inferior, como a manometria, a impedância e o trânsito baritado, bem como testes que visam diagnosticar a presença de lesões da mucosa e que incluem a endoscopia digestiva alta e o estudo baritado.

A monitorização do pH esofágico, habitualmente chamada phmetria, é considerado o *gold-standard* no diagnóstico da existência de refluxo patológico. Com este teste é possível medir a exposição da mucosa do esófago terminal ao ácido gástrico. A sonda de pH é introduzida por via trans-nasal, posicionada 5 cm acima do esfíncter esofágico inferior e ligada a um sistema que permite recolher informações sobre o pH a cada 4 a 6 segundos durante 24 horas. Ao longo desse período os doentes registam as refeições e os sintomas. Os episódios de refluxo definem-se pelo registo de valores de pH inferiores a 4. Os parâmetros a analisar são vários, incluindo a percentagem do tempo de registo em que se verifica a existência de um pH inferior a 4, que não deverá

ultrapassar 5%. A sensibilidade deste teste em pacientes com esofagite alcança 90% e a especificidade 85 a 100%, reduzindo-se para 60% e 85 a 90%, respectivamente nos casos em que a DRGE não se acompanha de esofagite.

Esta técnica conheceu dois avanços recentes. O primeiro consiste na utilização de um dispositivo sem fios, o que não só reduz o desconforto do paciente ao dispensar a utilização de uma sonda por via nasal, como permite a colheita de dados durante um período superior a 24 horas. O segundo reside na combinação com a monitorização intra-luminal da impedância. Este procedimento consiste na avaliação de alterações na resistência à corrente eléctrica, e permite registar a presença de líquido ou de gás, bem como a existência de refluxo independentemente do seu pH. Neste contexto, a associação da impedância com a pHmetria, ao permitir a detecção do refluxo ácido e do não ácido, faz com que a sensibilidade no diagnóstico do refluxo gastro-esofágico seja superior à da pHmetria isolada.

Quanto às indicações clínicas da pHmetria, a mais comum é a avaliação de pacientes sem lesões da mucosa esofágica confirmada por endoscopia e com sintomas típicos de refluxo que não respondem à terapêutica com IBP. A comprovação da existência de refluxo patológico em doentes candidatos a terapêutica cirúrgica e a persistência de azia após a cirurgia anti-refluxo são igualmente consideradas indicações. A pHmetria poderá também ser útil na avaliação de pacientes com estudo endoscópico negativo mas com sintomas atípicos que não respondam à terapêutica com IBP, bem como na documentação da adequação da terapêutica farmacológica ao controlo do pH esofágico em doentes que apresentem complicações da DRGE. A associação com o estudo da impedância parece ser adequado nos casos de resistência à terapêutica com IBP, especialmente quando existe regurgitação, bem como na presença de tosse crónica inexplicada.

A manometria esofágica permite o estudo da pressão e relaxamento do esfíncter esofágico inferior, bem como da actividade peristáltica do corpo esofágico. Trata-se de um procedimento habitualmente não indi-

cado na avaliação dos pacientes com DRGE, com excepção dos casos em que, a preceder uma cirurgia anti-refluxo, poderá ser necessário estudar a motilidade do corpo esofágico tendo em vista excluir a existência de peristalse ineficaz.

Quanto ao estudo baritado do esófago, perdeu a sua utilidade desde o advento da endoscopia digestiva alta, técnica que apresenta uma acuidade muito superior no diagnóstico das lesões da mucosa. Poderá estar indicado nos casos em que os doentes recusam a realização de endoscopia ou existe contra-indicação à sua execução.

Quando recorrer e como realizar teste/prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons?

A realização de um teste empírico de supressão da secreção ácida é o método mais simples de diagnosticar a DRGE, considerando-se que a resposta sintomática rápida a uma dose *standard* de IBP valida o diagnóstico. Assim, em pacientes com sintomas clássicos ou atípicos poderá ser realizado um teste com IBP durante uma a duas semanas, sendo o resultado positivo quando os sintomas desaparecem durante a administração da terapêutica e reaparecem com a sua suspensão.

É, no entanto, de assinalar, que este teste não é absolutamente fidedigno no diagnóstico da DRGE. De facto, uma meta-análise que incluiu quinze estudos que avaliaram a acuidade deste método no diagnóstico da DRGE mostrou que a sua sensibilidade e especificidade não ultrapassam 78% e 54% respectivamente.

Bibliografia/ Leituras Recomendadas

- 1- Armstrong O, Marshall JK, Chiba N, et al. Canadian association of gastroenterology GERD consensus group. Canadian consensus conference on the management of gastro esophageal reflux disease in adults-update 2004. *Can. Gastroenterol* 2005;19:15-35.
- 2- Dent J, Serag HB, Wallander MA et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2002;54:710-71.
- 3- Dias Pereira A, Suspiro A, Chaves P. Cancer risk in Barrett's esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19:915-8.
- 4- Fock K, Talley N, Hunt R, et al. Report of the Asia-Pacific consensus on the management of gastro-esophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:357-67.
- 5- Freitas D, Matos L, Novais L. Doença de Refluxo Gastro-Esofágico. Abordagem Multidisciplinar, 2005.
- 6- Freitas D. Doença de Refluxo Gastro-Esofágico In: Doenças do Aparelho Digestivo, 2002.
- 7- Havemann B D, Henderson C A, and El-Serag H B. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review. *Gut*, Dec 2007;56:1654-64.
- 8- Hirano I, Richter JE; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG practice guidelines: esophageal reflux testing. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:668-85.
- 9- Hongo IVI. GERD guideline workshop report 2002. *Ther Res* 2003;24:830-5.
- 10- Johnson DA & Fennerty MB. Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol* 2004;126:660-4.
- 11- Katelaris P, Holloway R, Talley N, et al. Gastroesophageal reflux disease in adults: Guidelines for clinicians. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:825-33.

- 12- Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-esophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335:205-8.
- 13- Kotzan J, Wade W, Yu HH. Assessing NSAID prescription use as a predisposing factor for gastroesophageal reflux disease in a Medicaid population. *Pharm Res* 2001;18:1367-72.
- 14- Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty et al. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA* 2006;295:1566-76.
- 15- Moraes-Filho JPP, Cecconello I, Gama-Rodrigues J, et al. Brazilian consensus on gastro-esophageal reflux disease: Proposals for assessment, classification, and management. *Am J Gastroenterol* 2002;97:241-8.
- 16- National Institute for Clinical Excellence. Management of dyspepsia in adults in primary care. Available at: <http://www.nice.org> Accessed 7 October 2005.
- 17- Numans ME, Lau J, de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med.* 2004;140:518-27.
- 18- OeVault KR, Castell DO. American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastro-esophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
- 19- Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut*, Oct 2005;54:1492-9.
- 20- Radu Tutuian R, Mainie I, Agrawal A, Adams D, Castell D.O. Nonacid Reflux in Patients With Chronic Cough on Acid-Suppressive Therapy. *Chest*, Aug 2006;130:386-91.
- 21- Richter JE. Gastroesophageal reflux disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21:609-31.
- 22- Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in general adult Swedish population: a Kalixandra study report. *Scand J Gastroenterol* 2005;40:275-85.
- 23- Ruigomez A, Wallander MA, Johansson S, et al. Natural history of gastro-esophageal reflux disease in UK general practice. *Alim Pharmacol Ther* 2004;18:1367-72.

- 24- Sharma P, McQuaid K, Dent J et al. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus: The AGA Chicago Workshop. *Gastroenterology* 2004;127:310-30.
- 25- Spechler SJ, Goyal RK. The columnar-lined esophagus, intestinal metaplasia, and Norman Barrett. *Gastroenterology* 1996;110:614-21.
- 26- Susan M. Harding and Joel E. Richter. The Role of Gastroesophageal Reflux in Chronic Cough and Asthma. *Chest*, May 1997;111: 1389-1402.
- 27- Vaezi M. Doenças Esofágicas. Atlas do Diagnóstico ao Tratamento. Atlas Medical Publishing Ltd 2008.
- 28- Vakil N, Van Zanten S, Kahriles P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidenced based consensus. *Am. J Gastroenterol* 2006; 101:1900-20.
- 29- Wang KK, Sampliner RE: Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology: Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008;103:788-97.
- 30- Watson A, Heading RC, Shepherd NA et al. Guidelines for the diagnosis and management of Barrett's columnar-lined esophagus. A report of the Working Party of the British Society of Gastroenterology. 2005. <http://www.bsg.org>.

