

**Doença do Refluxo Gastroesofágico e Sintomas Respiratórios: A
Importância do Diagnóstico**
**Gastroesophageal Reflux Disease and Respiratory Symptoms: The Importance of
Diagnosis**

Matheus Jacobina Brito Passos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7849-1309>

Graduando em Medicina

Zarns

E-mail: matheusjacobinabrito@gmail.com

Vanêssa Araújo Jacobina Brito

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8143-917X>

Especialista em Pediatria

Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce

E-mail: vajbrito@hotmail.com

Alcides Duarte de Almeida Neto

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9918-1771>

Graduando em Medicina

Zarns

E-mail: cid_almeida@hotmail.com

RESUMO

O Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico (CBDRGE) definiu a 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 extraesofagianos, associados ou não a lesões teciduais. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma das patologias mais frequentes na prática médica, sendo a afecção orgânica mais comum do tubo digestivo. Entre as manifestações atípicas devemos considerar a tosse crônica, dor torácica não cardíaca, globus faríngeo, asma, bronquite e pneumonias de repetição, rouquidão, pigarro, laringite, sinusite crônica, otalgia, desgaste do esmalte dentário, halitose e aftas. O diagnóstico da DRGE é principalmente realizado pela clínica apresentada no momento da consulta. Em relação aos exames complementares pode-se realizar a endoscopia digestiva alta, o exame radiológico contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EREED), a cintilografia esofágica, a manometria esofágica e a pHmetria esofágica de 24 horas, além do teste terapêutico e, cada um deles tem suas indicações. O tratamento por sua vez, é baseado em medidas dietéticas e posturais além do medicamentoso. A qualidade de vida de uma população com DRGE atinge declínio considerável em pacientes com intensidades moderada ou grave de sintomas. Portanto, associam-se impactos negativos não só nas atividades de vida diárias do paciente, como também em seu bem-estar. Assim, este artigo tem como objetivo

compreender e evidenciar as manifestações extra-esofágicas no diagnóstico de DRGE, para que com isto seja realizado o tratamento o mais precocemente possível, a fim de se prevenir complicações e reestabelecer a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Tosse; Pneumonia; Dor torácica.

INTRODUÇÃO

A DRGE frequentemente cursa com pirose e regurgitação ácida, como sintomas típicos. Porém, alguns pacientes apresentam sintomas atípicos, baseados em queixas não relacionadas diretamente ao dano esofágico como a tosse crônica por exemplo. Em relação à patogênese das manifestações extra-esofágicas, propõe-se o envolvimento da injúria direta do tecido extra-esofágico pelo conteúdo ácido refluído e o reflexo esôfago-brônquico mediado pelo nervo vago. Esse trabalho tem como objetivo atentar o médico em relação a importância de uma anamnese cuidadosa na formulação de um diagnóstico preciso; no caso da DRGE considerar as manifestações atípicas desta patologia. Para isto, analisa-se o caso de uma paciente que tinha diagnóstico de DRGE e que foi tratada como portadora de pneumonia por duas vezes. Assim, reforça-se a importância de se reconhecer as formas de apresentação de uma doença, bem como as medidas diagnósticas, terapêuticas, as complicações associadas e a profilaxia, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

METODOLOGIA

As informações expostas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário de uma paciente com DRGE, registro fotográfico de método diagnóstico, ao qual a paciente foi submetida e revisão da literatura a partir de dados da Scielo, PubMed e revistas médicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente de 34 anos, feminino, comparece a serviço de emergência por apresentar despertar noturno com dor torácica e tosse. Negou comorbidades.

Ao exame físico sem alterações. Realizou ECG e dosagem de enzimas cardíacas, ambos normais. Rx de tórax foi descrito com pneumonia pelo plantonista que orientou alta em uso de amoxicilina e prednisolona.

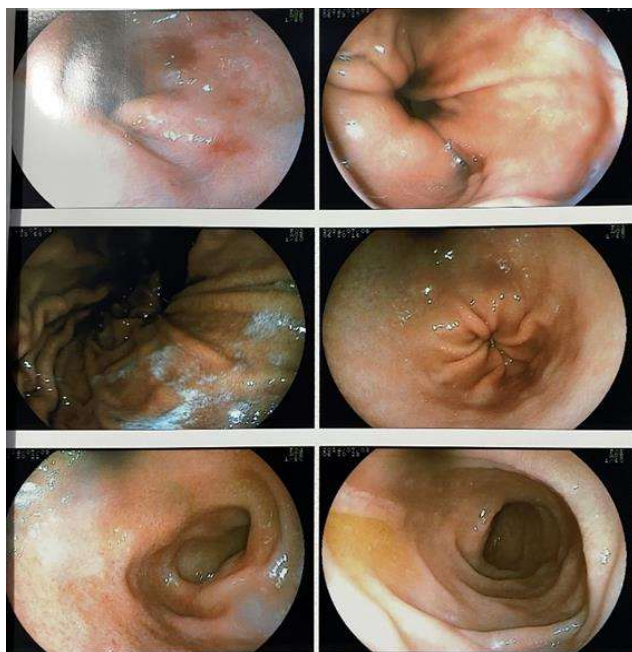
Quinze dias após, a paciente apresentou o mesmo quadro clínico e novamente procurou emergência, sendo novamente diagnosticada como pneumonia e orientada a usar claritromicina e salbutamol, além de acompanhamento ambulatorial.

Passadas três semanas, procura consultório, e em anamnese confirma queixa de globus faríngeo, tosse ocasional e pigarro.

Diante disto, foi feita suspeita de DRGE, orientada as medidas anti refluxo e procinético-domperidona e solicitada EDA.

Após três semanas, retorna com melhora da sintomatologia; traz EDA que evidenciou esofagite grau A de Los Angeles (figura 1).

Figura 1 – Imagem da EDA: Esofagite Grau A de Los Angeles.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores – 2024.

A classificação de Los Angeles avalia as alterações da mucosa esofágica em pacientes com sintomas de DRGE; essa classificação foi desenvolvida para diagnosticar a gravidade da esofagite de refluxo. Ela foi desenvolvida pelo Grupo de Trabalho Internacional para a Classificação da Esofagite, com o apoio da Organização Mundial de Gastroenterologia, e proposta pela primeira vez em 1994, sendo publicada em 1999. Foi apresentada pela primeira vez no Congresso Mundial de Gastroenterologia realizado em Los Angeles, o que deu nome à classificação (figura 2).

Figura 2 - Tabela de classificação de Los Angeles.

Classificação endoscópica de Los Angeles para esofagite erosiva

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

Fonte: Kaue Malpighi - 2022.

Diante disto, foi orientado o uso de inibidor de bomba de prótons- IBP- 1x/dia por 8 semanas, além das medidas anteriores e o acompanhamento ambulatorial.

As principais manifestações clínicas típicas da DRGE são: pirose (referida pelo paciente como azia) e regurgitação ácida. A pirose é uma sensação de queimação retroesternal irradiada do manúbrio do esterno à base do pescoço, podendo atingir a garganta. Pacientes que apresentam sintomas com frequência mínima de duas vezes por semana, por cerca de quatro a oito semanas, devem ser considerados como portadores de DRGE. O diagnóstico da DRGE é principalmente clínico; os fatores predisponentes mais comuns são a presença de hérnia do hiato esofágico, obesidade e tabagismo.

Os exames complementares (endoscopia, exame radiológico contrastado do esôfago, cintilografia, manometria, pHmetria de 24 horas, teste terapêutico) tem suas indicações. A EDA tem sensibilidade de cerca de 60% e é o método de escolha para o diagnóstico de esofagite, permite realizar biópsias nos casos de complicações como úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett, porém, a ausência de alterações endoscópicas não exclui o diagnóstico de DRGE, já que 25% a 40% dos pacientes com sintomas típicos apresentam endoscopia normal. Exame radiológico está indicado para avaliar anatomia esofágica; a cintilografia avalia aspiração pulmonar; a manometria investiga motilidade e tônus do esfíncter esofágico inferior. A pHmetria quantifica a exposição esofágica ao ácido, correlaciona os sintomas relatados a episódios de refluxo e é indicada em manifestações atípicas extraesofágicas sem esofagite. Teste terapêutico é indicado em pacientes <40 anos, com pirose e regurgitação, frequência < duas vezes por semana, sem manifestações de alarme, com história < quatro semanas.

O tratamento clínico tem como objetivo o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões, a prevenção de recidivas e complicações. A abordagem terapêutica se sustenta em medidas comportamentais e farmacológicas. Compreendem as medidas comportamentais: a elevação da cabeceira do leito, a diminuição da ingestão de gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas e gaseificadas, menta, hortelã, tomate e chocolate. Deitar-se duas horas após as refeições,

suspender o fumo e reduzir peso se obeso. O tempo ideal da terapêutica da DRGE é de 6 a 12 semanas. Recentemente, a última diretriz brasileira de conduta terapêutica na DRGE evidenciou que na comparação entre diferentes grupos de IBPs, não há diferenças significativas no efeito terapêutico no tratamento da DRGE, que os IBPs e os bloqueadores competitivos de ácido competitivos com potássio (PCABs) são os medicamentos de escolha no tratamento do refluxo ácido. O uso do vonoprazana é uma opção terapêutica mais adequada para o tratamento da DRGE erosiva e, não há diferença na frequência de eventos adversos entre IBPs e vonoprazana. O uso de procinéticos não demonstrou resultados satisfatórios ou conclusivos no tratamento da DRGE e, portanto, seu uso é não recomendado. Porém, eles têm eficácia comprovada em certos casos de gastroparesia que podem ocorrer concomitantemente. Assim, inchaço e desconforto pós-prandial podem se beneficiar com procinéticos.

O tratamento cirúrgico pode ser indicado nos seguintes casos: Esofagite de refluxo grave C/D - Los Angeles, hérnias de hiato sintomáticas maiores que 5 cm, eventos adversos ou refratariedade aos IBPs, refluxo fracamente ácido comprovado em casos selecionados com clara associação sintomática.

CONCLUSÃO

A DRGE é a doença esofágica mais comum encontrada na prática médica. É uma condição prevalente no Brasil, afetando 12% a 20% da população urbana, com implicações significativas na qualidade de vida dos pacientes e potencial risco para complicações. A anamnese é de fundamental importância para o diagnóstico de DRGE, com análise especial dos sintomas típicos e atípicos. Pacientes com tosse crônica, por sua vez, têm o RGE como causa de seu sintoma em 20% a 30% das vezes. Os métodos diagnósticos mais sensíveis são a EDA e a pHmetria esofágica. O tratamento clínico visa o controle dos sintomas e o cirúrgico tem suas indicações específicas.

REFERÊNCIAS

CHINZON, D. Rossini; ARA, Kiburd B.; NAVARRO-RODRIGUES, T.; BARBUTI, R. C.; HASHIMOTO, C. L.; EISIG, J. N.; MORAES-FILHO, J. P. P. **Refluxo gastroesofágico: diagnóstico e tratamento**. Disponível em: https://amb.org.br/files/_Biblioteca_Antiga/refluxo-gastroesofagico-diagnostico-e-tratamento.pdf. Acesso em: 9 ago. 2024.

FELIX, Valter Nilton. **Diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico: opções e critérios.** Arquivos de Gastroenterologia, v. 37, n. 4, p. 195–196, 2000.

FISS, Elie. **Manifestações respiratórias e doenças esofágicas.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 12, p. 993–994, 2008.

GURSKI, Richard Ricachenevsky; ROSA, André Ricardo Pereira da; VALLE, Enio do; et al. **Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 32, n. 2, p. 150–160, 2006.

KATZ, Philip O.; DUNBAR, Kerry B.; SCHNOLL-SUSSMAN, Felice H.; et al. **ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease.** American Journal of Gastroenterology, v. 117, n. 1, p. 27–56, 2021.

NETO, Francisco Xavier Palheta; RAMOS, Camilo Ferreira; TAVARES E SILVA, Amanda Monteiro; et al. **Chronic Cough in Otorhinolaryngologic Routine.** Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, v. 15, n. 02, p. 231–240, 2011.

SHARMA, Priya; YADLAPATI, Rena. **Pathophysiology and treatment options for gastroesophageal reflux disease: looking beyond acid.** Annals of the New York Academy of Sciences, v. 1486, n. 1, p. 3–14, 2020.

MORAES-FILHO, Joaquim Prado P.; DOMINGUES, Gerson; CHINZON, Decio. **Brazilian Clinical Guideline for the therapeutic management of gastroesophageal reflux disease (Brazilian Federation of Gastroenterology, FBG).** Arquivos de Gastroenterologia, v. 61, 2024.