



DOENÇA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

INTRODUÇÃO

A Doença de Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE) é reconhecida como entidade nosológica desde meados dos anos trinta do século passado. Com uma prevalência de 10 a 20% na população adulta do mundo ocidental, é a doença crónica mais comum do tracto digestivo alto. Exibe grande variabilidade de apresentação clínica e tem uma morbilidade subestimada.

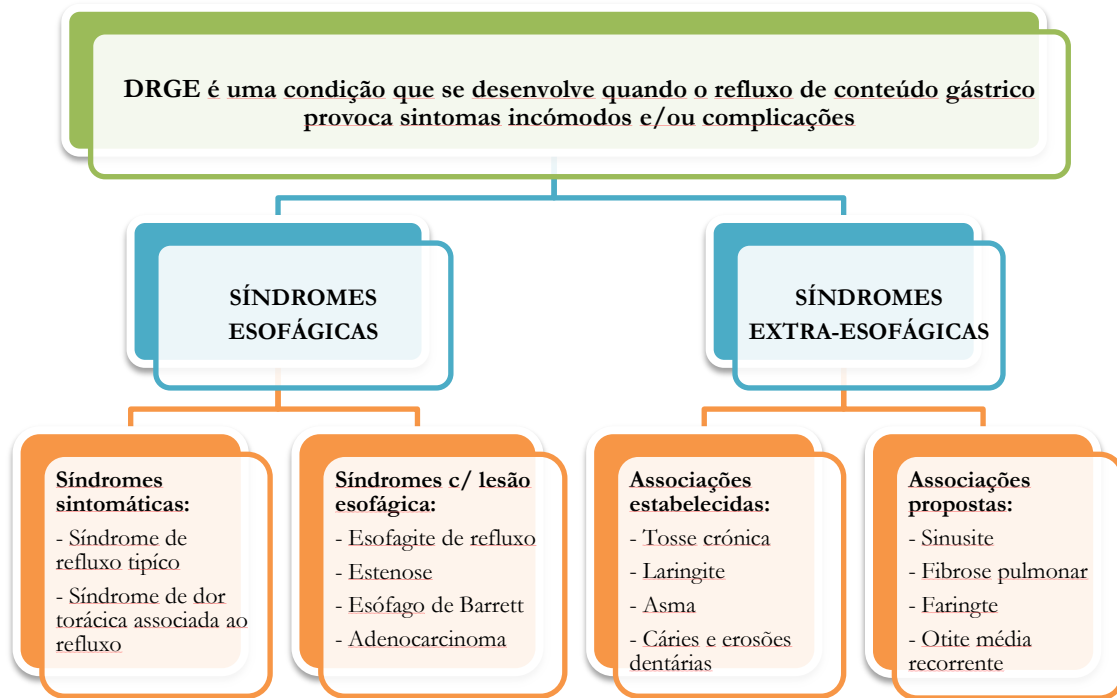
Trata-se de uma patologia com um impacto sócio-económico significativo, reflexo dos elevados custos directos (consultas, exames complementares de diagnóstico e medidas terapêuticas) e indirectos (absentismo e perda de produtividade laboral), aos quais acresce franca diminuição da qualidade de vida, a níveis similares a entidades como a doença coronária e a depressão, quando não devidamente identificada e tratada.

DEFINIÇÃO

O Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) define-se como a passagem de conteúdo gástrico para o esófago, na ausência de vómito. É um fenómeno fisiológico normal quando assintomático, de pequena duração e de ocorrência intermitente particularmente após as refeições.

A Reunião de Consenso Global de Montreal elaborou um conjunto de definições baseados na evidência, designadas como a Classificação de Montreal, que constituem a actual base de avaliação e aconselhamento clínico da DRGE.

Definição e Classificação de Montreal



Vakil et al Am. J. Gastroenterology 2006; 101; 1900-1920

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A DRGE tem uma grande variabilidade de apresentação clínica, podendo os sinais e sintomas ser agrupados de acordo com o quadro seguinte:

Sinais e Sintomas na DRGE

| Típicos | Alarme | Atípicos | Outros Sintomas |
|--------------------------------------|--|---|--|
| - Azia/Pirose -Regurgitação ácida | - Disfagia - Odinofagia - Perda de peso inexplicada - Anemia -Hemorragia digestiva | -Dor torácica não cardíaca - Manifestações: 1- ORL 2- Pulmonares 3- Orais | - Globus Ptialismo (<i>water brash</i>) - Náusea |

A ausência de sintomatologia típica não exclui o diagnóstico de DRGE. Quando presente têm elevada especificidade (> 90%), mas sensibilidade inferior (55%).

Nas síndromes extra-esofágicas, uma percentagem elevada de doentes não apresenta azia/pirose ou regurgitação.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Da adopção da Classificação de Montreal decorre que o diagnóstico da DRGE pode basear-se apenas na existência de sintomatologia típica, dispensando a confirmação endoscópica.

Os exames diagnósticos são relegados para dois cenários:

- 1- Identificação de complicações da DRGE.
- 2- Avaliação dos doentes nos quais a prova terapêutica falhou.

Os testes disponíveis na abordagem diagnóstica da DRGE, visam propósitos diferentes. Para **objectivar e classificar as lesões da mucosa esofágica**, a **endoscopia digestiva alta (EDA)** assume-se como o *gold-standard*. Permite a realização de biópsias e tem valor prognóstico e terapêutico. Contudo, a sensibilidade é baixa, pois 30 a 60% dos doentes com DRGE não têm alterações endoscópicas.

O **estudo radiológico baritado do esófago** tem uma acuidade inferior à EDA. Pode ter importância na avaliação da presença, tipo e dimensões de uma hérnia do hiato ou no pré-operatório da cirurgia anti-refluxo.

Para **comprovar e caracterizar o refluxo**, a **pHmetria de 24 horas** e a **impedância** são as melhores opções.

A **manometria** é o *gold-standard* para estudo da função motora esofágica, podendo a **impedância** ser também uma mais-valia.

Uma outra classe de **testes** correlaciona **o RGE com os sintomas**. Inclui a **prova terapêutica com inibidor de bomba de prótons (IBPs)**, o **teste de Bernstein** e a **pHmetria de 24 horas** com registo de sintomas.

Normas para a realização de EDA

1- EDA no diagnóstico inicial de DRGE

- a) Avaliação inicial de um doente com suspeita de DRGE, na presença de sintomas e/ou sinais de alarme.
- b) Se não ocorrer resposta clínica após terapêutica específica, administrada de forma correcta e por período de tempo adequado (nunca inferior a 2 semanas).

2- EDA no seguimento a longo prazo da DRGE

- a) É aceitável e aconselhável a sua realização em doentes com idade superior a 45 anos, mesma na ausência de sintomas e/ou sinais de alarme.
- b) Devem evitar-se as repetições de EDA, excepto:
 - Ressurgimento de sintomas com terapêutica adequada.
 - Aparecimento de sintomas de alarme.
 - Esófago de Barrett.

Normas para a realização dos outros testes diagnósticos

Na grande maioria dos casos, a realização de outros testes não é necessária. A sua solicitação subentende estudo avançado do doente com DRGE e, portanto, no âmbito da especialidade.

1- pHmetria de 24 hrs – sensibilidade 60-90%; especificidade 90-96%.

Principais indicações:

- a) Avaliação de doentes com sintomas típicos de DRGE que não responde à terapêutica com IBP e sem evidência de lesões da mucosa na EDA.
- b) Confirmação de refluxo patológico nos candidatos a cirurgia.
- c) Persistência de sintomas pós-cirurgia anti-refluxo.
- d) Avaliação de doentes com sintomas atípicos de DRGE e com estudo endoscópico normal, que não respondem aos IBPs.
- e) Correcta adequação da terapêutica ao controlo do pH esofágico nos doentes com complicações da DRGE.
- f) Correlação dos episódios de refluxo ácido com os sintomas. A associação temporal é válida e significativa quando o episódio de refluxo precede o aparecimento dos sintomas num intervalo inferior a 2 minutos.

2- **Impedanciometria** - permite avaliar o tipo, a altura do refluxo e a *clearance* esofágica. A monitorização intra-luminal da impedância, nas 24 horas, e a sua associação à pHmetria possibilita o estudo do refluxo ácido, não ácido e o tipo de refluxo: líquido, gasoso ou misto. A associação das duas técnicas aumenta a sensibilidade no diagnóstico da DRGE.

3- **Manometria esofágica** - permite o estudo da peristalse primária e secundária, da coordenação da função do corpo esofágico e dos esfíncteres com a medição das pressões. Apesar de muitos trabalhos científicos evidenciarem alterações manométricas na DRGE, trata-se de um teste não indicado na apreciação diagnóstica de rotina.

Indicações actuais: a) avaliação pré-operatória da função motora do corpo esofágico, b) dúvida diagnóstica de doença da motilidade vs DRGE.

- 4- **Prova terapêutica com inibidor da bomba de prótons** - é um teste diagnóstico não invasivo, simples, seguro, disponível, bem aceite pelo doente, possibilitando uma redução de custos. Considera-se que uma resposta sintomática rápida (uma a duas semanas) a dose *standard* ou dupla de IBPs com o reaparecimento dos sintomas após suspensão, corrobora o diagnóstico (sensibilidade 70-90%, especificidade 55-85%).
- 5- **Teste de Bernstein** - raramente utilizado, tem possível indicação em doentes com sintomatologia atípica, com EDA e pHmetria normais e sem resposta terapêutica aos IBPs (especificidade elevada; sensibilidade baixa e muito variável).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

O racional na terapêutica da DRGE depende de uma definição cuidadosa de objectivos específicos. Em pacientes sem esofagite, os objectivos terapêuticos são o alívio dos sintomas de refluxo e a prevenção da recorrência sintomática frequente. Em pacientes com esofagite, as metas são o alívio dos sintomas e cura da esofagite, evitando recidivas e complicações.

Portanto, a terapêutica deverá ser titulada à gravidade da doença.

A DRGE sintomática ligeira pode ser tratada geralmente de forma empírica. Modificações do estilo de vida e dietéticas juntamente com antiácidos e antagonistas dos receptores H2 da histamina (AR-H2) são usualmente suficientes.

Pacientes com sintomas debilitantes costumam exigir uma terapêutica supressora de ácido mais eficaz, com recurso a IBPs em dose *standard* ou dupla.

Entre os dois extremos, adequando a potência da terapêutica à severidade da doença pode adoptar-se uma abordagem escalonada crescente ou decrescente. Começar por alterações no estilo de vida e dietéticas e aumento sequencial da intervenção terapêutica (“step up”) até ao controlo dos sintomas. Por outro lado, pode instituir-se tratamento com fármacos anti-secretores potentes para conseguir um controlo rápido dos sintomas e depois titular a dose (“step down”), até reaparecimento de sintomas, definindo a terapêutica necessária ao controlo sintomático sustentado.

O espectro terapêutico da DRGE passa, deste modo, pelos seguintes pontos:

- **Modificação no estilo de vida**
- **Medidas farmacológicas:**
 - Antiácidos; Procinéticos; Inibidores de refluxo
 - Supressores da secreção ácida
 - AR-H2
 - IBPs

Mudanças selectivas nos hábitos de vida devem ser parte do plano de gestão inicial e são especialmente úteis em doentes com queixas ligeiras ou intermitentes. No entanto, só a elevação da cabeceira da cama, o posicionamento em decúbito lateral esquerdo e a perda de peso se associaram com melhoria da DRGE em estudos caso-controlo.

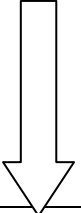
- **Os antiácidos** são mais eficazes que o placebo no alívio dos sintomas, mas não curam a esofagite.
- **Os procinéticos** (betanecol, metoclopramida) ao aumentar a pressão do esfíncter esofágico inferior, o peristaltismo e o esvaziamento gástrico, seriam teoricamente úteis na DRGE. O seu uso está limitado pelos efeitos colaterais.
- **Os inibidores de refluxo** (baclofen e lesogaberan) inibem os relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior. O perfil de efeitos secundários e a percentagem de respondedores, obstam à sua utilização.

Fármacos supressores da secreção ácida.

O tratamento mais comum e eficaz da DRGE é reduzir a secreção ácida gástrica com um AR-H2 ou um IBP. Estas terapias não impedem o refluxo, mas reduzem a acidez do material refluído.

- **Os AR-H2** são ineficazes na esofagite grave e não apresentam uma curva dose-resposta no tratamento da esofagite.
- **Os IBPs** são os fármacos mais eficazes conduzindo a alívio sintomático e cicatrização mais rápida. Apresentam uma curva dose-resposta para a cicatrização da esofagite severa, evidenciada por taxas mais altas de cura com doses mais elevadas e/ou compostos mais potentes.

Potência da terapêutica não cirúrgica na DRGE (ordem crescente):

| | |
|---|-------------------------------------|
|  | Modificações no estilo de vida |
| | Antiácidos e AR-H2 sem prescrição |
| | AR-H2 em dose completa 2id |
| | Uso intermitente de IBP (2 semanas) |
| | Uso diário de IBP dose completa |
| | IBP 2id ou em dose dupla. |

MODALIDADES TERAPÊUTICAS

| |
|---|
| 1. Modificações nos hábitos de vida e intervenções dietéticas |
| 2. Terapêutica farmacológica de curto prazo/aguda |
| 3. Terapia farmacológica de longo prazo/manutenção |
| 4. Tratamento endoscópico |
| 5. Tratamento cirúrgico |

A Associação Americana de Gastrenterologia (AGA) elaborou em 2008 normas na abordagem da DRGE que se mantêm actuais:

Com recomendação grau A (evidência forte):

- O uso de **drogas antissecretoras** no tratamento dos pacientes com síndromes esofágicas de DRGE (na cura da esofagite e alívio sintomático).
- O uso de IBP a longo prazo no tratamento de pacientes com esofagite, desde que tenham provado eficácia clínica, devendo a terapêutica de longo prazo ser titulada até à menor dose eficaz, com base no controlo sintomático.
- Na suspeita de **síndrome de dor torácica de refluxo**, a terapêutica com IBP duas vezes por dia é prova terapêutica empírica depois de excluída uma etiologia cardíaca.

Com recomendação grau B (evidência adequada):

- A terapêutica com IBP duas vezes por dia em doentes com uma síndrome esofágica com resposta sintomática inadequada a terapêutica com IBP uma vez por dia.
- A terapêutica aguda ou de manutenção com IBP uma ou duas vezes dia (ou AR-H2) em pacientes com suspeita de síndrome DRGE extra-esofágica (laringite ou asma) com síndrome esofágica DRGE concomitante.

Sem recomendação (evidência insuficiente):

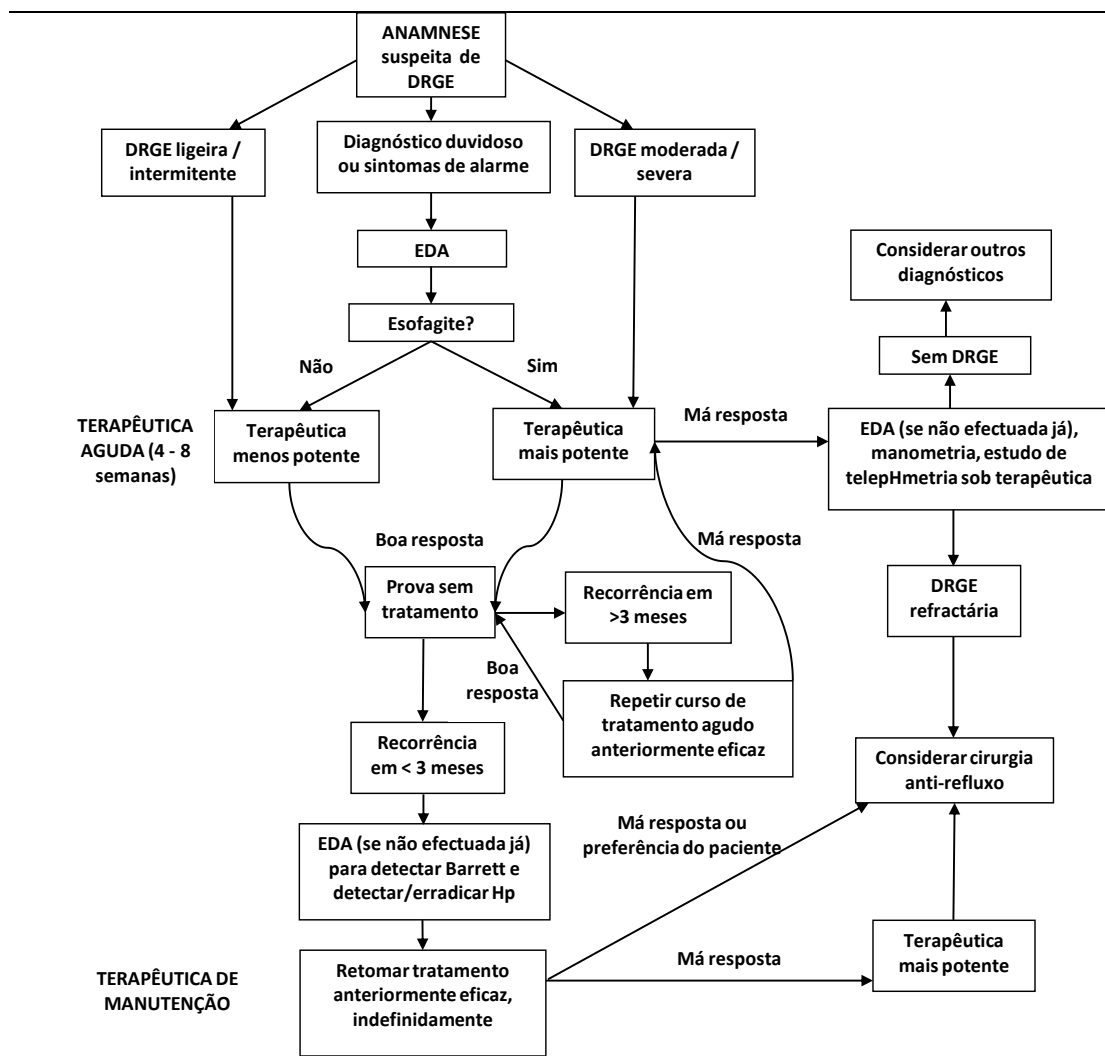
- No contexto da terapêutica da DRGE não há evidência suficiente para recomendar estudos de densidade óssea, suplementação de cálcio, rastreio de *H. pylori* ou qualquer outra precaução de rotina devido ao uso de IBP.

- **Quanto à terapêutica endoscópica anti-refluxo**, não há evidência para o uso das técnicas actualmente disponíveis.

Cirurgia anti-refluxo, têm recomendação forte (grau A) 2 pontos:

- Quando a cirurgia anti-refluxo e a terapêutica com IBP aparentam eficácia semelhante num doente com síndrome esofágica DRGE, a terapêutica com IBP deve ser recomendada como primeira opção pois oferece maior segurança.
- Quando um doente com síndrome esofágica DRGE responde favoravelmente, mas é intolerante à terapêutica de supressão ácida, a cirurgia anti-refluxo deverá ser recomendada como alternativa.

Algoritmo de abordagem diagnóstica e terapêutica da DRGE



Adaptado de Kahrilas PJ, Howden CW, Hughes N. Am J Gastroenterol.

2011;106(8):1419

Deve considerar-se a redução até suspensão da medicação (*trial off treatment*) em pacientes que têm boa resposta clínica. A necessidade para terapêutica médica de manutenção é determinada pela rapidez de recorrência. Recorrência dos sintomas em menos de três meses sugere doença melhor controlada com medicação contínua, enquanto as recidivas que ocorrem após mais de três meses poderão ser tratadas por meio de cursos repetidos de terapia aguda, quando necessário.

A DRGE refractária a terapêutica médica ou com complicações deverá ser abordada no âmbito da especialidade.

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA - 2012