



GASTRO BR & GASTRO SP



Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): 40 Anos de Experiência

Aula 01 · Material Complementar

MATERIAL COMPLEMENTAR

WorldMed



01

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): 40 Anos de Experiência

Docente: Dr. Ary Nasi

Evolução do conceito, pilares diagnósticos e seleção terapêutica na DRGE, a partir de mais de quatro décadas de experiência clínica e cirúrgica.

A doença do refluxo gastroesofágico é um exemplo interessante de como um conceito médico evolui com o tempo e com o avanço das ferramentas diagnósticas disponíveis. Com base em mais de 40 anos de experiência clínica e cirúrgica com o tema, esta aula revisa a evolução do conceito, os pilares do diagnóstico e as opções terapêuticas disponíveis hoje.

A evolução do conceito

Os sintomas mais típicos da doença — pirose retroesternal e regurgitação — já eram reconhecidos há muito tempo, mas a forma de entendê-los mudou bastante ao longo das décadas.

Na época em que o único exame disponível era o estudo radiológico contrastado, pacientes com esses sintomas eram submetidos ao raio-X e, quando presente, o achado era a hérnia hiatal — de modo que, naquele momento, considerava-se que a hérnia hiatal era a causa da pirose e da regurgitação.

Com a evolução da endoscopia digestiva, percebeu-se que o que determinava esses sintomas era, na verdade, uma inflamação da mucosa esofágica, inicialmente chamada de esofagite de refluxo. Mais recentemente, com o advento da monitorização prolongada do refluxo, o conceito se ampliou ainda mais até chegar à definição atual de **doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)**.

Hoje sabe-se que parte dos pacientes com DRGE tem esofagite de refluxo, parte não tem, e a alteração anatômica associada — a hérnia hiatal — também não está presente em todos os casos. Houve, portanto, uma ampliação progressiva do conceito.

◆ DEFINIÇÃO — DRGE

Conceito clássico (Consenso de Montreal): refluxo do conteúdo gastroesofágico causando sintomas e/ou complicações. Mais recentemente, para além dos sintomas e complicações, passou-se a exigir evidências conclusivas da doença: alterações endoscópicas compatíveis e/ou refluxo confirmado por monitorização prolongada na presença de sintomas compatíveis.

A DRGE tem prevalência importante na população geral, ainda maior entre obesos — e, como a prevalência de obesidade vem crescendo continuamente, a prevalência da doença do refluxo cresce junto. Trata-se de uma afecção que compromete de forma significativa a qualidade de vida do indivíduo, com custos pessoais e financeiros expressivos. Apesar de ser uma condição muito comum e frequente, ainda persistem muitas dúvidas e equívocos tanto no diagnóstico quanto no tratamento.

Diagnóstico

Avaliação clínica

O diagnóstico começa por uma avaliação clínica sistemática, na qual é preciso inquirir e interpretar os sintomas — não apenas registrá-los. Frequentemente aquilo que o paciente chama de “refluxo” ou “azia” não corresponde exatamente à definição clínica desses termos: é necessário investigar o que o paciente realmente sente por trás da queixa.

Feita essa interpretação adequada, chega-se a uma hipótese diagnóstica. Quando o paciente relata pirose e regurgitação frequentes (mais de três vezes por semana), a hipótese de DRGE acerta em mais de 90% dos casos.

■ PONTO IMPORTANTE

A hipótese diagnóstica clínica pode ser forte o suficiente para justificar o início de um tratamento clínico empírico, mas ela não é, por si só, diagnóstica. Confirmar o diagnóstico é indispensável antes de indicar qualquer tratamento cirúrgico.

Endoscopia digestiva alta

É o primeiro exame para confirmar a hipótese diagnóstica. Quando a endoscopia mostra esofagite erosiva importante — graus B, C ou D — ou esôfago de Barrett longo, isso já é suficiente para confirmar a DRGE em um paciente com queixas compatíveis.

Para caracterizar os outros fenótipos da doença e condições associadas, porém, é necessária a monitorização prolongada do refluxo. Ela está indicada, por exemplo, em pacientes com esofagite grau A e nos casos sem erosão visível, para diferenciar entre:

- **DRGE não erosiva** — sintomas presentes, sem erosão à endoscopia, mas com refluxo comprovado por monitorização prolongada;
- **Hipersensibilidade ao refluxo** — o paciente tem sintomas associados ao refluxo, mas a quantidade de refluxo é normal;
- **Pirose funcional** (o “albatroz do cirurgião”) — pirose importante, por vezes mais intensa do que na própria DRGE, mas que não se correlaciona com episódios de refluxo, cuja quantificação é normal.

Sem a monitorização prolongada, não é possível distinguir a DRGE não erosiva de uma pirose funcional ou de uma dispepsia — condições que não respondem da mesma forma ao tratamento antissecretor.

Monitorização prolongada do refluxo

Existem dois métodos principais:

- **pHmetria** — o mais disponível, diagnostica refluxo ácido e líquido.
- **pHmetria com impedância** — evolução da pHmetria, diagnostica também refluxo ácido, não ácido, líquido e gasoso. É mais cara e menos disponível, devendo ser indicada com critério, pois representa um ganho diagnóstico real: além de identificar refluxo gasoso e não ácido, permite avaliar a capacidade de transporte do esôfago (por meio da impedância basal, que reflete o grau de inflamação da mucosa) e observar se o paciente tem peristalse e clareamento adequados após cada episódio de refluxo.

Em pacientes com sintomas típicos e sem uso prévio de antissecretóres, os dois métodos têm sensibilidade semelhante. Já em pacientes com queixas atípicas e extraesofágicas, a impedância-pHmetria tem sensibilidade maior — sendo, por isso, fundamental para o diagnóstico da **DRGE refratária**, isto é, aquela que não melhora apesar do tratamento antissecretor.

■ PONTO IMPORTANTE

A DRGE refratária é a única situação em que se recomenda realizar a monitorização com o paciente em uso da medicação antissecretora — o objetivo é saber se a droga está fazendo

efeito e se os sintomas residuais decorrem de refluxo ácido não bloqueado ou de refluxo não ácido, este último bem identificado pela impedância-pHmetria.

Manometria esofágica

A manometria não entra no diagnóstico da DRGE em si, mas tem papel importante porque diagnostica distúrbios motores do esôfago, que se associam com frequência à doença. Por isso, recomenda-se fortemente a avaliação manométrica de todos os candidatos ao tratamento cirúrgico: conhecer o padrão motor pré-operatório permite entender, no pós-operatório, se uma eventual disfagia após a fundoplicatura decorre da cirurgia ou de uma alteração motora prévia não diagnosticada.

Distúrbios motores associados à DRGE são prevalentes — ocorrem em cerca de 30% a 60% dos pacientes. O mais comum é a motilidade esofágica ineficaz (30% a 40% dos casos); esôfago em quebra-nozes e espasmo esofágico distal ocorrem com menor frequência, mas têm igual relevância clínica.

Tratamento

A DRGE envolve múltiplas variáveis que precisam ser consideradas na escolha terapêutica: sintomas ligados à acidez do refluxo (como a pirose), sintomas ligados à presença física do refluxo, independente da acidez (como a regurgitação), distúrbios motores associados, hérnia hiatal, sobrepeso/obesidade, refluxo de conteúdo não apenas ácido mas também biliopancreático, comorbidades, idade e uso de medicamentos que favorecem o refluxo.

As opções terapêuticas são três: medidas comportamentais, tratamento medicamentoso e tratamento cirúrgico. Existe ainda o tratamento endoscópico, ainda incipiente e reservado a centros de pesquisa.

⚠ ATENÇÃO

A seleção do paciente para cada modalidade terapêutica é o ponto central do tratamento da DRGE. Há um viés comum e prejudicial dos dois lados: pacientes tratados clinicamente por tempo excessivo até desenvolverem esôfago de Barrett, e pacientes operados sem indicação real — por exemplo, com hérnia hiatal mínima ou esofagite leve sem refluxo comprovado.

Medidas comportamentais

Incluem orientações dietéticas — evitar chocolate, álcool, alimentos gordurosos, pimentas e café —, atenção à velocidade da ingestão, evitar deitar logo após as refeições, elevar a cabeceira da cama e perder peso quando há sobrepeso ou obesidade.

⚠️ ATENÇÃO

Quanto mais restrições comportamentais forem impostas, mais se compromete a qualidade de vida do paciente. É comum receber pacientes com listas extensas e exageradas de restrições alimentares que, muitas vezes, não fazem sentido para aquele indivíduo em particular — ele come o alimento “proibido” e não piora. A única medida comportamental com evidência consistente de melhora do refluxo é a perda de peso; as demais devem ser individualizadas conforme a resposta de cada paciente.

Tratamento medicamentoso

As opções incluem:

- **Neutralizantes ácidos (alcalinos)** — neutralização momentânea do ácido, com efeito de uma a duas horas.
- **Alcalinos associados a alginatos** — promovem neutralização ácida associada a uma barreira física; produtos relançados recentemente no mercado, embora já existissem há décadas.
- **Protetores de mucosa (sucralfato)** — proteção bem estabelecida para mucosa duodenal e gástrica; sua eficácia sobre a mucosa esofágica é mais discutível.
- **Antissecretores** — a base do tratamento medicamentoso, em três categorias: bloqueadores H₂, inibidores de bomba de prótons (IBPs) e os mais recentes, os bloqueadores competitivos de potássio (P-CABs).

⚠️ ATENÇÃO

Apesar de haver uma tendência de mercado — reforçada por propagandistas da indústria — de indicar os P-CABs como primeira opção, a primeira opção entre os antissecretores continua sendo o IBP. Os P-CABs ficam reservados para situações em que é necessário “subir um degrau” terapêutico; por outro lado, há pacientes para os quais um simples bloqueador H₂ já é suficiente, sem necessidade de bloqueio mais potente da secreção ácida.

🚩 PONTO IMPORTANTE

Os antissecretores não reduzem o número de episódios de refluxo — eles apenas alteram a acidez desse refluxo. Um paciente com 100 episódios de refluxo por dia continuará tendo

100 episódios depois de iniciar qualquer antissecretor; o que muda é que esses episódios deixam de ser ácidos. Por isso, sintomas dependentes da acidez do refluxo (como a pirose) melhoram com o tratamento, enquanto sintomas dependentes da presença física do refluxo (como a regurgitação) tendem a persistir, já que a quantidade de líquido que retorna ao esôfago não se altera.

Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico — basicamente a funduplicatura — só deve ser indicado seguindo critérios preditivos de boa resposta. Não é possível, nem correto, operar todos os pacientes: a cirurgia deve ser indicada para quem pode se beneficiar dela, não para quem simplesmente deseja operar.

As principais indicações são:

- pacientes que necessitam de tratamento clínico continuado e não desejam manter medicação pelo resto da vida;
- pacientes que não toleram ou não respondem adequadamente ao tratamento clínico — desde que se compreenda, de fato, por que não estão respondendo;
- pacientes com sintomas decorrentes de refluxo não ácido, que não respondem a antissecretóres.

⚠ ATENÇÃO

A cirurgia deve sempre ponderar risco e benefício, respeitando as evidências de evolução desfavorável em determinados grupos. Um exemplo importante: em pacientes obesos ou com sobrepeso, a recidiva do refluxo após a cirurgia é significativamente maior do que em pacientes sem excesso de peso — o que, na prática, contraindica o tratamento cirúrgico isolado nesse grupo, pelo resultado desfavorável esperado.

Tratamento endoscópico

Ainda incipiente, baseia-se em radiofrequência — sem consenso sobre real eficácia na literatura — e na funduplicatura endoscópica. Um ponto de atenção prático: a aprovação de um método por uma agência regulatória atesta segurança, não eficácia. Métodos endoscópicos vêm sendo estudados em centros universitários e de pesquisa, mas ainda carecem de comprovação de eficácia consistente para uso assistencial rotineiro.

RESUMO DO CAPÍTULO

- A doença do refluxo gastroesofágico é um conceito que evoluiu — de “hérnia hiatal” para “esofagite de refluxo” e, hoje, para DRGE, um espectro de apresentações nem sempre acompanhadas de esofagite ou hérnia.
- Os sintomas embasam a hipótese diagnóstica (acerto acima de 90% com pirose e regurgitação típicas), mas não confirmam o diagnóstico — a confirmação exige endoscopia e, conforme o caso, monitorização prolongada do refluxo.
- A monitorização prolongada (pHmetria ou impedância-pHmetria) é essencial para distinguir DRGE não erosiva, hipersensibilidade ao refluxo e pirose funcional — e é indispensável na avaliação da DRGE refratária.
- A manometria não diagnostica DRGE, mas identifica distúrbios motores associados (presentes em 30-60% dos casos) e é fortemente recomendada antes de qualquer cirurgia.
- Os antissecretores mudam a acidez do refluxo, não o número de episódios — por isso aliviam sintomas ligados à acidez, mas não necessariamente os ligados à presença física do refluxo.
- O tratamento deve ser individualizado e selecionado com critério entre medidas comportamentais, tratamento medicamentoso e cirurgia — as três modalidades não competem entre si, mas se complementam conforme o perfil de cada paciente.