

Doença de Refluxo Gastro-esofágico Métodos de Diagnóstico e Tratamento

Rosa M. Lima¹

O refluxo gastro-esofágico (RGE) define-se como a passagem involuntária de conteúdo gástrico para o esófago sendo um processo fisiológico normal que ocorre em crianças e adultos saudáveis. O RGE ocorre devido a relaxamentos transitórios de esfíncter esofágico inferior, ou por uma adaptação inadequada do tônus do esfíncter a mudanças de pressão intraabdominal. A maior parte dos episódios de refluxo atingem apenas o esófago distal sendo breves e assintomáticos. Regurgitação define-se como a passagem do refluxo gástrico até à faringe. Vômito define-se como a expulsão do refluxo gástrico através da boca.

A doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) define-se como o conjunto de sinais ou sintomas que ocorrem da agressão esofágica ou de órgãos adjacentes quando o conteúdo gástrico reflui para o esôfago, orofaringe ou via aérea. As manifestações clínicas incluem vômitos, disfagia, dor abdominal ou retroesternal, má evolução ponderal, irritabilidade do lactente, apneia ou ALTE, pieira ou estridor, tosse e posturas anormais do pescoço e são resultantes de complicações como a esofagite com ou sem estenose, laringite, pneumonia recorrente e anemia.

Durante a infância o RGE é muito comum, sendo consequência de uma imaturidade de função do esfíncter esofágico inferior, manifesta-se sobretudo por vômitos ou regurgitação e resolve espontaneamente na quase totalidade dos lactentes entre os 12 e 18 meses. Apenas um pequeno número de lactentes desenvolve sintomas de DRGE.

As crianças mais velhas apresentam, habitualmente um padrão do tipo do adulto com pirose, disfagia, recusa ali-

mentar, epigastralgia, regurgitação e vômitos por vezes de conteúdo hemático.

A abordagem diagnóstica varia com a idade e a forma de apresentação.

História clínica e o exame físico

São habitualmente suficientes para fazer o diagnóstico de RGE e reconhecer as suas complicações. Deve ser dada especial atenção aos sinais de alarme como: *vômitos biliares, vômitos com esforço, início após os seis meses, hemorragia gastrointestinal, má evolução ponderal, diarreia, obstipação, febre, letargia, hepatoesplenomegalia, abaulamento da fontanela, convulsões e distensão abdominal*, que obrigam ao diagnóstico diferencial com outras patologias como patologia obstrutiva do tracto gastrointestinal, outras doenças como esofagite eosinofílica, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal, doença neurológica, metabólica ou endócrina e patologia infecciosa.

Radiografia esofagogastroduodenal contrastada (Rx EGD)

Não é útil para o diagnóstico de RGE com baixa sensibilidade e especificidade. Pode ser utilizada para detectar alterações anatómicas que podem estar associadas como: *estenose pilórica, má rotação intestinal, hérnia do hiato esofágico e estenoses esofágicas*.

pHmetria esofágica

Mede a frequência e duração dos episódios de refluxo ácido calculando o índice de exposição esofágica ao ácido. Deve ser realizada quando se pretende detectar um refluxo ácido anormal, sendo particularmente importante para estabelecer uma relação temporal entre um sintoma e episódios de refluxo ácido e detectar RGE oculto. É útil na avalia-

ção de sintomas laringeos recorrentes, pneumonia recorrente e asma. Pode ser utilizada para avaliação da resposta ao tratamento médico ou cirúrgico. Não é útil na avaliação de vômitos na infância ou de esofagite de refluxo.

Endoscopia e biópsia

Não são métodos de diagnóstico do RGE, mas permitem detectar alterações anatómicas associadas ao RGE, bem como fazer o diagnóstico das suas complicações, a presença e grau de esofagite, estenoses, esófago de Barrett e permitem excluir outras doenças como D. de Crohn, esofagite eosinofílica ou infecciosa.

Cintilograma gastro-esofágico

Através da ingestão de uma fórmula marcada com Tecnécio 99 demonstra refluxo de conteúdo gástrico ácido e não ácido e permite avaliar o esvaziamento gástrico. A baixa sensibilidade deste exame e a ausência de valores normais relacionados com a idade limitam o seu valor. A visualização do produto radioisotópico na árvore respiratória às 12-24h permite correlacionar sintomas respiratórios com o RGE.

Impedância intra-luminal por multicanais (MII)

Detecta os movimentos do bólus (líquido, sólido ou gasoso) no esôfago e distingue a sua direcção quer no sentido retrógrado do estômago ou antogrado para o estômago. É independente do pH e desta forma, permite uma determinação mais adequada da frequência e duração do refluxo de qualquer tipo no esôfago. Os valores normais relacionados com a idade ainda não estão definidos.

A utilização da monitorização de pH conjuntamente com a técnica de Impedância permite detectar os episódios de

¹ Serviço de Pediatria do Hospital Maria Pia

refluxo na sua totalidade e uma relação temporal com os sintomas mais exacta, podendo-se estabelecer uma relação causa-efeito mais legítima do que as duas técnicas isoladamente.

Tratamento da DRGE

Nenhuma das opções terapêuticas actualmente disponíveis actua directamente no mecanismo fisiopatológico do RGE, isto é no esfíncter esofágico inferior diminuindo os episódios de relaxamentos transitórios. Actuam de uma forma indirecta diminuindo a acidez gástrica, aumentando o esvaziamento gástrico, diminuindo a pressão abdominal e estimulando a motilidade esofágica. Assim o tratamento da DRGE tem como objectivo o alívio dos sintomas, a normalização do crescimento, a resolução histológica da inflamação da mucosa, a prevenção e o tratamento das complicações e a manutenção da remissão.

As opções terapêuticas que dispomos incluem as alterações dos hábitos de vida, através de mudanças alimentares e medidas posturais, o tratamento farmacológico e o tratamento cirúrgico.

Recomendações dietéticas

Recomenda-se a normalização do volume e frequência das refeições nos lactentes. Os espessantes do leite não melhoram os índices de refluxo, mas diminuem o número e o volume das regurgitações, diminuindo a perda de nutrientes pelo que o seu uso na DRGE deve ser ponderado.

As crianças mais velhas e adolescentes devem evitar chocolate, café, chá, bebidas carbonatadas e especiarias que aumentam o RGE. Se obesidade devem normalizar o peso.

Medidas posturais

Está provado que o decúbito ventral diminui o número de episódios de refluxo no lactente, no entanto pelo risco de morte súbita não se recomenda esta posição.

Tratamento farmacológico

Inibidores do ácido. Actuam diminuindo a exposição esofágica ao ácido reduzindo o ácido gástrico. Os agentes inibidores da secreção ácida, os antago-

nistas do receptor de histamina-2 (**rانيتيدina**) e os inibidores da bomba de prótons (**omeprazol, lansoprazol**), reduzem a secreção de ácido gástrico, enquanto que os antiácidos neutralizam o ácido gástrico. Os inibidores da secreção ácida são bastante mais eficazes no tratamento da DRGE e entre estes os inibidores da bomba de prótons têm uma acção inibidora do ácido mais potente e prolongada.

Procinéticos. Embora um dos mecanismos de acção destes agentes seja aumentar a pressão do esfíncter esofágico inferior, não foi demonstrado que diminuam a frequência de relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, o mecanismo fisiopatológico do RGE. Actuam aumentando o peristaltismo esofágico e acelerando o esvaziamento gástrico. Os estudos comparativos realizados entre as várias drogas, cisapride, metoclopramida e domperidona demonstram que o cisapride é o único procinético eficaz na DRGE. No entanto, devido ao risco de cardiotoxicidade não é comercializado desde 2004.

Citoprotectores. O gel de sucralfato (complexo de alumínio) actua aderindo às lesões inflamatórias protegendo a mucosa esofágica. Pode diminuir os sintomas em doentes com esofagite não erosiva não é eficaz no tratamento da DRGE. Os potenciais riscos do alumínio nas crianças têm de ser considerados.

O baclofeno é um agonista do receptor GABA B que parece ter um papel promissor na diminuição dos relaxamentos transitórios do EEI, no entanto é um fármaco ainda em estudo.

Tratamento cirúrgico

A funduplicatura clássica ou por via laparoscópica, actualmente a mais utilizada está indicada sempre que há malformações anatómicas ou persistência dos sintomas apesar do tratamento médico.

A **orientação diagnóstica e terapêutica** da DRGE depende da sua forma de apresentação:

Lactente que vomita

A história clínica e o exame físico, tendo em conta os sinais que apontam

para outro diagnóstico, são em geral suficientes para fazer o diagnóstico de RGE não complicado, não sendo necessários exames suplementares.

Deve-se informar os pais da benignidade da situação e das potenciais complicações. O espessamento da fórmula pode ser considerado e o decúbito dorsal deve continuar a ser aconselhado.

Lactente que vomita e com má evolução ponderal

A história e o exame físico são aqui também essenciais e outras causas de má evolução ponderal devem ser primeiro colocados e exames como hemograma, ionograma, bicarbonato, função renal e hepática, RAST PLV e análise de urina podem ser consideradas. O Rx EGD é importante para pesquisar malformações anatómicas. Quando não são encontradas outras causas deve iniciar tratamento médico com espessamento da fórmula e inibidor da secreção ácida. A endoscopia pode ser útil para determinar a existência de esofagite.

Criança com asma

O RGE é um importante co-factor na Asma severa apontando-se prevalências de 25 a 75%. A relação causal directa de RGE e Asma é rara.

Identificar o RGE, como um co-factor de uma asma intratável, passa por realizar uma pHmetria que determina o índice de refluxo e a duração média dos episódios de refluxo durante o sono e pode estabelecer uma relação temporal com episódios de pieira. Se for identificado um RGE patológico a terapia com inibidor da secreção ácida deve ser instituída.

Lactente com Apneia/ALTE

Em crianças com ALTE a prevalência de regurgitação ou vômitos é de 60 a 70%. A pHmetria com Impedanciometria pode estabelecer uma relação temporal entre um episódio de refluxo e um episódio de apneia. As opções terapêuticas incluem o espessamento do leite, os inibidores da secreção ácida e a cirurgia pode ser considerada em casos severos.

Criança com dispepsia/regurgitação

A terapia empírica com inibidores da secreção ácida durante 2 a 4 semanas, se não houver melhoria ou recidiva pouco tempo após conclusão do tratamento médico deve realizar endoscopia e biópsia.

Criança com doença neurológica

Nas crianças com doenças neurológicas, as infecções respiratórias de repetição, recusa alimentar, má evolução ponderal ou anemia são sintomas que fazem suspeitar DRGE. A endoscopia digestiva é o exame mais útil para o diagnóstico e a pHmetria pode ser útil para quantificar o RGE.

O tratamento médico produz alívio sintomático, mas o recurso ao tratamento cirúrgico é necessário na maior parte dos casos.

Nascer e Crescer 2008; 17(3): 185-187

BIBLIOGRAFIA

1. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infant and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2001;32: S1- S31.
2. Vandenplas Y, Hassal E, Mechanisms of gastroesophageal Reflux and Gastroesophageal Reflux Disease. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2002 Aug; 35 (2): 119-36.
3. Hassall E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux in children. *J Pediatr*. 2005; 146: S3- 12.
4. Salvatore S, hauser B, Vandenplas Y. The natural course of gastroesophageal reflux. *Acta Paediatr*. 2004; 93 (8): 1063-9.
5. Gold BD. Asthma and gastroesophageal reflux disease in children: exploring the relationship. *J Pediatr*. 2005; 146: S13-20.
6. Craig WR, Hanlon-Dearman A, et al. Metoclopramide, Thickened feedings, and positioning for gastroesophageal reflux in children under two years. *Cochrane Database Syst Ver*. 2004; 18 (84): CD003502.
7. Aggett Peter J et al. Antireflux or anti-regurgitation Milk Products for Infants and Young Children: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2002;34: 496-498.
8. Vandenplas Y, Benatar A, et al. Efficacy and tolerability of cisapride in children. *Paediatr Drugs*. 2001; 3(8): 559-73.
9. Vandenplas Y, Hauser B. Gastroesophageal reflux, sleep pattern, apparent life threatening event and sudden infant death. The point of view of a gastroenterologist. *Eur J Pediatr*.2000; 159: 726-9.
10. Walker A. Goulet O, et al. *Pediatric Gastrointestinal Disease Fourth Edition*. Chapter 24
11. Orenstein SR, Shalaby TM, Barmada MM, Whitcomb DC. Genetics of gastroesophageal reflux disease: a review. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2002 May; 34(5): 506-10.
12. Condino AA, Sondheimer J et al. Evaluation of Infantile Acid and Nonacid gastroesophageal Reflux Using Combined pH Monitoring and Impedance measurement. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2006 jan; 42:16-21.
13. Sabban Emilia J Cohen, Orsi Marina, et al. The multichannel intraluminal impedance in infants with gastro-esophageal reflux: 21. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2005 Oct; 41 (4): 499.
14. Rosen R, Candace L, Nurko S. The sensitivity of Multi-channel intraluminal impedance compared to pH probe in detection of gastroesophageal reflux: 22. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2005 Oct; 41 (4): 499-500.
15. Vandenplas Y. Gastroesophageal Reflux: Medical Treatment. *J Ped Gastroenterol Nutr* 2005 September ; 41: S41-S42.