

REFLUXO GASTROESOFÁGICO E DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO: REVISÃO

GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: REVIEW

ALINE CAMPOS SOARES¹, ANA CLÁUDIA SANTOS MARTINS PESSOA¹, FERNANDA DELAMANCHE CAMPOS¹, RAYRA MEIRA STAUFFER^{1*}, AIALA XAVIER FELIPE DA CRUZ²

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Professora de Medicina de Família e Comunidade no Instituto Metropolitano de Ensino Superior.

* Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza I, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35164-251. rayra_stauffer@hotmail.com

Recebido em 29/08/2014. Aceito para publicação em 10/09/2014

RESUMO

Refluxo gastroesofágico refere-se à passagem do conteúdo gástrico para o esôfago com ou sem associação com regurgitação ou vômitos. Já a doença do refluxo gastroesofágico caracteriza-se pela presença de refluxo do conteúdo gástrico associada a sintomas e/ou complicações. Ambas as apresentações são extremamente comuns na infância, porém a DRGE possui um prognóstico mais grave, exigindo abordagens diagnósticas e terapêuticas diferentes. As complicações esofágicas decorrentes da DRGE incluem a estenose, o esôfago de Barrett e o adenocarcinoma.

PALAVRAS-CHAVE: Refluxo gastroesofágico em crianças, doença do refluxo gastroesofágico em crianças, regurgitação em crianças.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux refers to the passage of gastric contents into the esophagus with or without associated regurgitation or vomiting. Since the gastroesophageal reflux disease is characterized by the presence of reflux of gastric contents associated symptoms and / or complications. Both presentations are extremely common in childhood, but the GRD has a more serious prognosis, requiring different therapeutic and diagnostic approaches. Esophageal complications of GRD include stricture, Barrett's esophagus and adenocarcinoma.

KEYWORDS: Gastroesophageal reflux in children, gastroesophageal reflux disease in children, regurgitation in children

1. INTRODUÇÃO

A terminologia Refluxo Gastroesofágico (RGE) refere-se à passagem do conteúdo gástrico para o esôfago com ou sem associação com regurgitação ou vômitos, na ausência de patologia existente^{1,2,3}.

A maioria dos episódios de RGE ocorre no período pós-prandial e, causam pouco ou nenhum sintoma incômodo⁴. A regurgitação é o sintoma mais visível pelos cuidadores e pediatras, principalmente em crianças mui-

to pequenas, estando presente em 50% das crianças menores de três meses. A sua resolução espontânea se dá por volta dos 12-14 meses de idade⁴.

Uma vez que o RGE promove dano tecidual ou inflamação, tais como, aspiração pulmonar, doença reativa das vias aéreas, esofagite, apnéia obstrutiva, déficit de crescimento e dificuldades na alimentação e deglutição, essa entidade patológica é denominada Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)⁵. Nos pacientes pediátricos a DRGE Caracteriza-se ainda por aumento na frequência, intensidade e duração dos episódios de RGE⁶.

A DRGE é classificada em primária e secundária. A primária é decorrente de um distúrbio funcional do trato digestório proximal, enquanto a secundária está relacionada a alterações estruturais, metabólicas, alérgicas, infecciosas e neurológicas⁷.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A revisão bibliográfica foi feita a partir artigos dos bancos de dados SciELO, Pubmed e Lilacs. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram “refluxo gastroesofágico em crianças”, “regurgitação em crianças” e “doença do refluxo gastroesofágico”. A partir dos artigos obtidos foram selecionados os periódicos mais recentes e de maior relevância de acordo com os critérios de inclusão que englobam a atualização das condutas propostas e a convergência das informações encontradas nos diversos artigos.

3. DESENVOLVIMENTO

Epidemiologia

O RGE em crianças saudáveis menores de dois anos de idade muitas vezes é sintomático, sendo a regurgitação o sintoma mais característico⁷. Muitos pais acreditam que a regurgitação é um sintoma anormal, dessa forma, 24% desses pais relataram tal sintoma ao pediatra

durante os primeiros seis meses de vida do lactente^{5,8}.

Os números de episódios por dia de regurgitação diminuem com o crescimento da criança chegando a uma incidência de 5% nas crianças entre dez e doze meses⁵.

O RGE acontece devido ao relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior e trata-se de um processo fisiológico², ocorrendo diversas vezes ao dia em lactantes, crianças e adultos saudáveis³. Em lactentes saudáveis com até quatro meses de vida o RGE está presente em 67% desses indivíduos⁸.

Ambas as apresentações (RGE e DRGE) são extremamente comuns na infância⁹. Embora a prevalência de DRGE esteja aumentando em todas as idades, a DRGE é, no entanto, menos comum que o RGE^{10,11}, porém a primeira possui um prognóstico mais grave, exigindo abordagens diagnósticas e terapêutica diferentes¹⁰.

Fisiopatologia

O esfíncter esofágico inferior (EEI) apresenta-se como o principal componente da barreira antirreflexo¹². Grande parte dos episódios de refluxo se devem ao relaxamento completo do EEI durante um curto episódio de tempo, de forma intermitente ou ainda, devido ao relaxamento transitório do EEI, e não devido à ausência crônica de pressão do EEI¹².

O Relaxamento Transitório do Esfíncter Inferior do Esôfago (RTEIE) comporta-se como o mecanismo predominante do REG nos prematuras saudáveis e nas crianças a termo com DRGE^{13,14}. Os RTEIEs são episódios em que ocorre redução abrupta do EEI em um período de curto tempo. Provavelmente são mediados pela ação do óxido nítrico e/ou dos peptídeos vasoativos inibitórios¹⁵.

A análise dos padrões de motilidade do corpo esofágico durante o RTEIE demonstrou uma inibição do peristaltismo do corpo esofágico. Esse achado corrobora com a hipótese de que o RTEIE associado ao refluxo seja uma inibição ativa, compreendendo não somente o EEI, mas também o seu corpo¹⁶.

Outros fatores que podem estar envolvidos na etiopatogênese do refluxo são o aumento do volume do estômago, função motora anormal do fundo gástrico bem como retardo no seu esvaziamento. A distensão gástrica gasosa é um importante fator desencadeante do RTEIE, ocorrendo provavelmente após estímulo vagal¹⁵.

Em geral, os indivíduos com DRGE apresentam mais episódios de refluxo quando comparados a pessoas saudáveis, o que indica que a deficiência na função da barreira esofagogástrica seja a provável causa fundamental da afecção¹⁷.

Manifestações clínicas e Diagnóstico

Uma vez que as complicações esofágicas decorrentes da DRGE incluem a estenose, o esôfago de Bar-

rett e o adenocarcinoma², faz-se necessário o diagnóstico e tratamento adequados desta afecção.

A realização de uma anamnese e exame físico criterioso podem levar a suspeição do diagnóstico da DRGE. Em crianças as queixas mais frequentes consistem nas regurgitações, queimação retroesternal, vômitos frequentes ou intermitentes, dor abdominal (principalmente quando associada às refeições), faringodinia matinal e saciedade precoce. Raramente apresentam disfagia^{18,19}. A percepção de sinais como irritabilidade, diminuição da ingesta alimentar, choro frequente durante as refeições, dificuldade de ganhar peso, fraqueza e anemia podem ser indicativos da DRGE e merecem investigação^{18,19}.

Em lactentes e crianças menores não existe um sintoma específico ou um conjunto de sintomas que dite o diagnóstico de DRGE. Sintomas como regurgitação, irritabilidade e choro excessivo não são específicos e ainda, a DRGE pode ocorrer em bebês completamente saudáveis com RGE fisiológico e em outras condições como na alergia a proteína do leite de vaca e de soja².

Os sinais e sintomas extra esofágicos do trato respiratório relacionados com a DRGE incluem tosse crônica, laringite, hiper-reatividade brônquica, rouquidão, pneumonia de repetição, sinusite e otite¹⁹.

Diversos são os métodos diagnósticos disponíveis para a investigação do RGE em crianças, no entanto, nenhum exame pode ser considerado como “padrão-ouro” para o diagnóstico de DRGE²⁰. A pHmetria esofágica quantifica a exposição deste órgão ao ácido, avaliando diversos parâmetros tais como número de episódios de refluxo que ocorrem em 24 horas e a posição em que o paciente se encontrava durante o refluxo². Trata-se de um exame confiável e comumente empregado para diagnóstico de DRGE²⁰.

A endoscopia digestiva alta permite a visualização da mucosa esofágica e a realização de biópsia²⁰, sendo um exame valioso no diagnóstico de esofagite de refluxo, quando há ruptura da mucosa, visível no esôfago distal². A correlação entre os achados endoscópicos e histológicos é pobre, uma vez, que o achado endoscópico de uma mucosa esofágica aparentemente normal, não exclui a presença de esofagite no exame histológico²⁰.

Tratamento

O tratamento do RGE bem como da DRGE baseia-se em aliviar os sintomas, na manutenção do crescimento normal, na prevenção de complicações e na redução dos efeitos adversos do tratamento^{21, 22}.

As opções terapêuticas na infância incluem medidas dietéticas (administração de refeições mais espessas, refeições frequentes e em pequenas porções)^{21,23}, de posicionamento (elevação da cabeceira do berço), medicamentos (agentes procinéticos como a metoclopramida, cisaprida e domperidona) e cirurgia, essa última sendo

reservada para os casos mais complicados^{6,21,24}. O uso de procinéticos para o manejo dessas afecções têm sido relatados a muitos anos. Essas drogas agem estimulando a motilidade do trato gastrointestinal por meio de ação direta sobre o músculo liso entérico ou ainda por interação com os neurônios do sistema nervoso entérico¹⁰. No entanto, quando há indicação de tratamento farmacológico, os inibidores da bomba de prótons são os agentes de primeira linha, embora, a sua eficácia em crianças ainda esteja em debate²⁵.

As indicações para a realização da cirurgia anti-refluxo incluem a falha do tratamento clínico otimizado, a dependência de terapia médica de longo prazo, a não adesão significativa com a terapia médica ou a aspição pulmonar do conteúdo refluído²⁵.

4. CONCLUSÃO

É de suma importância que o médico saiba diferenciar o RGE e a DRGE, uma vez, que a abordagem, o manejo, o seguimento e as complicações referentes a cada uma são diferentes. A regurgitação comporta-se como um dos principais motivos de consulta médica, demonstrando a preocupação dos pais ou cuidadores com tal sintoma, dessa forma, estes devem ser bem orientados quanto ao caráter benigno desse achado.

REFERÊNCIAS

- [1] El Banna H, Jutel A. Gastro-esophageal reflux in breastfed babies: what's missing?. *New Zealand College of Midwives Journal* 2013; 48.
- [2] Bharwani S. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in children: from infancy to adolescence. *Journal of Medical Sciences* 2011; 4(1):25-39.
- [3] Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the north american society of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition and the european society of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 49(4).
- [4] Sherman P, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *Amer J Gastroenterol.* 2009; 104:1278-95.
- [5] Hyman PE, Milla PJ, Benning MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006; 130:1519-26.
- [6] Ribeiro M, Cunha ML, Etchebehere ECC, Camargo EE, Ribeiro JD, Condino-Neto A. Efeito da cisaprida e da fisioterapia respiratória sobre o refluxo gastroesofágico de lactentes chiadores segundo avaliação cintilográfica. *J Pediatr.* 2001; 77(5):393-400.
- [7] Costa AJF, Silva GAP, Gouveia PAC, Filho EMP. Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. *J Pediatr.* 2004; 80(4):291-5.
- [8] Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, Panetta F, Marseglia A, Strisciuglio P, et al. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey. *Pediatrics* 2009; 123(3).
- [9] Hibbs AM, Lorch SA. Metoclopramide for the treatment of gastroesophageal reflux disease in infants: a systematic review. *Pediatrics.* 2006; 118(2).
- [10] Magalhães PVS, Bastos TRPD, Appolinário JCB, Bacaltchuk J, Neto JISM. Revisão sistemática e metanálise do uso de procinéticos no refluxo gastroesofágico e na doença do refluxo gastroesofágico em Pediatria. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27(3):236-42.
- [11] Lightdale JR, Gremse DA, Section on gastroenterology, hepatology, and nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics* 2013; 131(5).
- [12] Holloway RH. The anti-reflux barrier and mechanisms of gastro-oesophageal reflux. *Baillieres Clin Gastroenterol* 2000; 14:681-99.
- [13] López-Alonso M, Moya MJ, Cabo JA, Ribas J, Macías MC, Silny J, et al. Twenty-four-hour esophageal impedance-ph monitoring in healthy preterm neonates: rate and characteristics of acid, weakly acidic, and weakly alkaline gastroesophageal reflux. *Pediatrics* 2006; 118(2).
- [14] Omari TI, Barnett CP, Benning MA, et al. Mechanisms of gastro-oesophageal reflux in preterm and term infants with reflux disease. *Gut.* 2002; 51:475-9.
- [15] Norton RC, Penna FJ. Refluxo gastroesofágico. *J. pediatr.* 2000; 76(2):218-24.
- [16] Kawahara H, Dent J, Davidson G. Mechanisms responsible for gastroesophageal reflux in children. *Gastroenterology* 1997; 113:399-408.
- [17] Orlando RC. Overview of the mechanisms of gastroesophageal reflux. *Am J Med* 2001; 111(Suppl 8A):174S-7S.
- [18] Fraga PL, Martins FSC. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. *Cadernos UniFOA* 2012; (18).
- [19] Guimarães EV, Marguet C, Camargos PAM. Treatment of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr.* 2006; 82(5):133-45.
- [20] Filho LVFS, Ozaki MJ, Rodrigues JC. Manifestações pulmonares da doença do refluxo gastroesofágico. *Pediatrics* 2006; 28(1):33-47.
- [21] Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Pediatrics* 2008; 122(6).
- [22] Kumar Y, Sarvananthan R. Gastro-oesophageal reflux in children. *Clin Evid.* 2005; (14):349-55.
- [23] Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, Taback S, Moffatt M. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3:CD003502.
- [24] Pritchard DS, Baber N, Stephenson T. Should domperidone be used for the treatment of gastroesophageal reflux in children? Systematic review of randomized controlled trials in children aged 1 month to 11 years old. *Br J Clin Pharmacol.* 2005; 59(6):725-9.
- [25] Van der pol RJ, Smits MJ, van Wijk MP, Omari TI, Tabbers MM, Benning MA. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 127(5).

