

A discussão sobre doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é ampla e envolve fatores de prevalência (ambientais, genéticos, culturais), fisiopatológicos (relaxamento do EEI, hipotonia do EEI), sintomatologia (típicos, atípicos), apresentação (erosiva, não erosiva), tipo de refluxato (ácido, não ácido, gasoso), tratamento (clínico, cirúrgico, endoscópico).

O objetivo deste post é dar um enfoque ao diagnóstico da DRGE. Atualmente para o diagnóstico é necessário que além da sintomatologia, deve-se ter alteração ao menos em um método diagnóstico. O conceito anterior que bastava ter sintomatologia mais de 2 vezes por semana por mais de 4-8 semanas não é suficiente, pois gera uma certeza diagnóstica de apenas 40%.

A doença do refluxo gastroesofageano (DRGE) tem uma prevalência de cerca de 12- 20% em nosso meio. Pode ser classificada pelas suas manifestações como:

- Típica: pirose e regurgitação
- Atípica: epigastralgia, distensão abdominal, eructação, empachamento, otalgia, laringite, tosse crônica, asma, erosão dentária

Apesar de comum e com tratamento relativamente fácil na maioria dos casos, o diagnóstico de DRGE não é tão simples. Isto porque não existe método diagnóstico com 100% de acurácia.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

- **Teste terapêutico com IBP**

Realizado geralmente através do uso de IBP em dose plena para DRGE por 4 semanas (não existe uma boa padronização nos estudos sobre dose e tempo a ser utilizado). Possui uma sensibilidade diagnóstica de cerca de 70% e pode ser realizado em pacientes com sintomas típicos e que não possuem sinais de alarme, porém tem baixa especificidade.

Deve-se lembrar que alguns pacientes com pirose funcional respondem ao uso de IBP através de efeito placebo, o que gera um falso positivo ao teste terapêutico, e também influencia no resultado do teste diagnóstico.

Problemas relacionados ao próprio medicamento também devem ser considerados (paciente com DRGE resistente ao IBP, falha na adesão, medicamento de baixa qualidade).

- **Endoscopia digestiva alta**

Geralmente é o primeiro método diagnóstico utilizado para diagnosticar DRGE. A endoscopia deve ser realizada preferencialmente antes do início do IBP, pois assim a classificação entre DRGE erosiva e não erosiva pode ser realizada de forma mais fidedigna.

A endoscopia digestiva além de avaliar a presença de esofagite erosiva, achado de alta especificidade para DRGE, pode também observar suas eventuais complicações (ex: úlceras, estenoses, Barrett).

Porém a sensibilidade diagnóstica da EDA é baixa, cerca de 40-50% nos pacientes com sintomas típicos e apenas 20-30% nos pacientes com sintomas atípicos.

Observa-se assim que a maioria dos pacientes com DRGE não apresentam alterações na endoscopia digestiva alta

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/esofagite-erosiva-por-doenca-do-refluxo/>

- **Manometria esofágica**

A manometria na DRGE é fundamental para definir o posicionamento do cateter do exame de pHmetria, que deve ficar 5cm acima do esfíncter esofágico inferior. Medidas fixas ou cálculos baseados na altura do paciente não são fidedignos para a realização da pHmetria.

Também tem como objetivo fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias como acalásia e distúrbios motores do esôfago que podem gerar sintomas semelhantes de DRGE. A manometria de alta resolução possui vantagens diagnósticas e de conforto ao paciente em relação a manometria convencional porém tem um custo muito superior em nosso meio.

<http://endoscopiaterapeutica.com.br/assuntosgerais/manometria-esofagica-de-alta-resolucao/>

- **pHmetria convencional de 24hs**

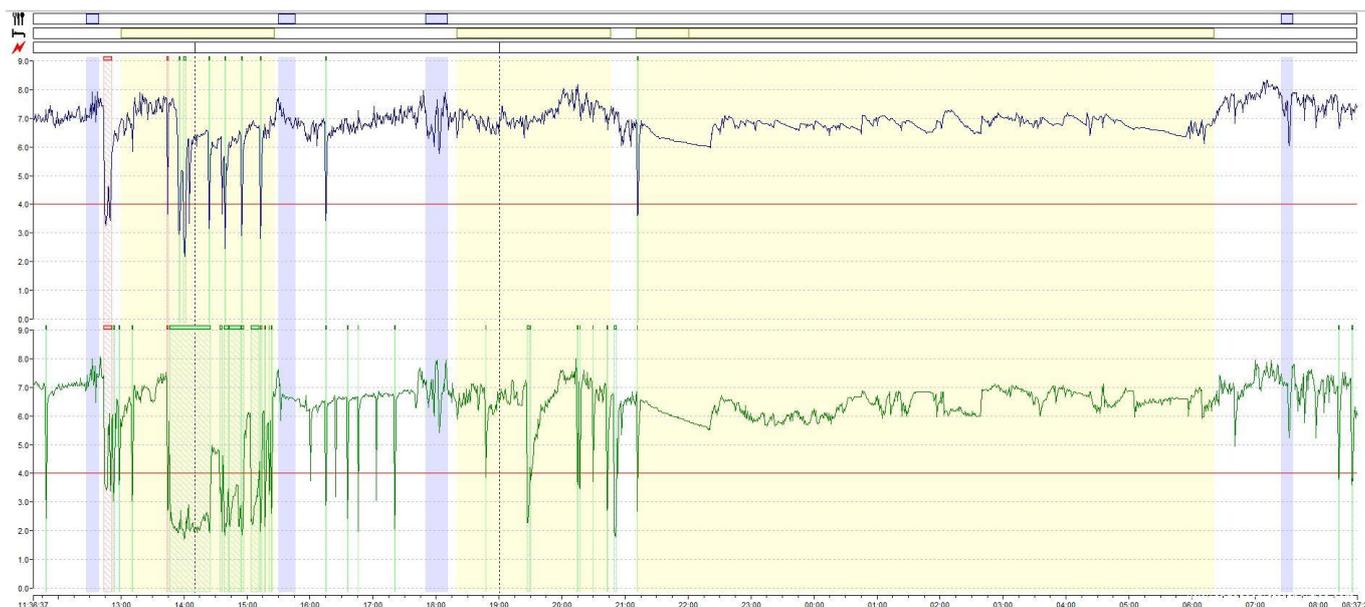
Indicado para diagnosticar pacientes que apresentam sintomatologia de DRGE que não possuem alterações na endoscopia. É um método examinador dependente e só tem validade se a colocação da sonda tiver sido orientada pelo exame de manometria esofágica.

Através deste método pode-se estudar melhor o paciente, avaliando a posição onde ocorrem os refluxos (supino x ortostático), o alcance do refluxato ácido (proximal x distal) e a relação dos refluxos com a sintomatologia do paciente (índices como IS e PAS).

A phmetria convencional de 24hs possui uma sensibilidade diagnóstica de cerca de 90% nos pacientes com sintomas típico de DRGE.

Pacientes com sintomas típicos e sem erosão na endoscopia (que são os que mais realizarão a phmetria sem uso de IBP) apresentam na phmetria convencional sensibilidade e especificidade de cerca de 90% para o diagnóstico de DRGE por refluxos ácidos.

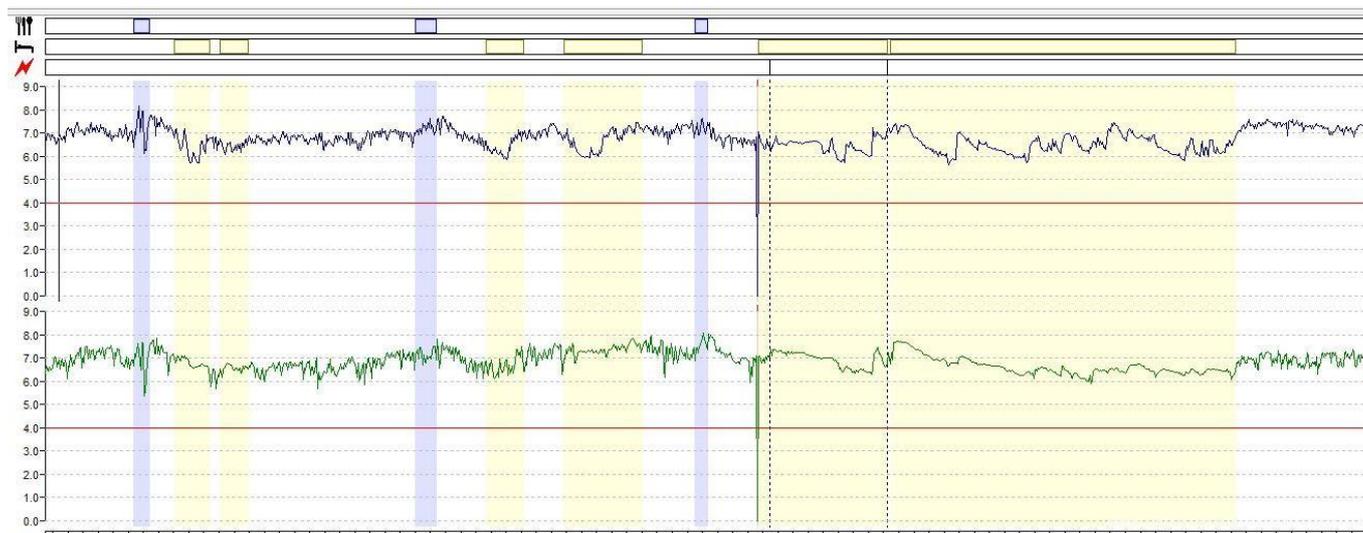
Para pacientes com sintomas atípicos, a sensibilidade é de cerca de 30-40% e a especificidade de cerca de 20-30% mesmos com uso de sonda de dois canais (sendo o proximal localizado na faringe). Importante salientar que a maioria (70%) dos sintomas atípicos ocorrem independentemente dos refluxos.



Traçado azul: sensor proximal, localizado junto ao esfíncter esofágico superior. Traçado verde: sensor distal, localizado 5cm acima do esfíncter esofágico inferior. Área em branco: posição ortostática. Área em amarelo: posição supino. Área em azul: período de alimentação. Linha tracejada: horário que ocorreu algum sintoma.

A pHmetria convencional tem pouco valor diagnóstico na vigência de IBP, pois nesta situação os refluxos que ocorrem são não ácido e não podem ser mensurados, fazendo com que o exame seja normal em mais de 90% dos casos.

Quando a pHmetria convencional realizada na vigência de IBP tem um resultado positivo para refluxo isto mostra uma supressão ácida ineficaz onde deve-se considerar aderência ao tratamento, a dose utilizada e até mesmo a qualidade do medicamento usado.



Ausência de refluxo gastroesofágico ácido proximal e distal

- **pHmetria por cápsula**

Colocada via endoscopia a 6 cm acima da transição esofagogástrica. Pelo maior conforto permite a avaliação por 48hs. Por ser mais discreta possibilita que o paciente mantenha a sua rotina normal de trabalho e atividades sem se preocupar com a sonda nasal do exame tradicional. Possui uma acurácia diagnóstica semelhante a pHmetria convencional com sensibilidade maior de 90% nos pacientes com DRGE erosiva e de 60% nos pacientes com DRGE não erosiva. Apesar de algumas vantagens possui alto custo que praticamente inviabiliza seu uso em nosso meio.

- **Impedância pHmetria**

Tem a vantagem de avaliar a presença de refluxo ácido e não ácido (líquido ou gasoso), por isto atualmente é considerada como Gold Standard para o diagnóstico de DRGE.

Indicado para pacientes com sintomas de DRGE mas que não apresentam alterações na EDA e na pHmetria convencional, onde possui uma sensibilidade e especificidade de cerca de mais de 90% em pacientes com sintomas típicos, onde há predominância de refluxos ácidos. A presença patológica de

refluxos, principalmente se houver associação dos sintomas, é um preditor positivo de resposta ao uso de IBP.

Outra indicação é avaliação de refluxo em pacientes em tratamento com IBP mas que não respondem adequadamente aos mesmos. A impedância realizada na vigência de IBP mostra a presença de refluxo não ácido em cerca de 40% e de refluxo ácido (escape ácido) em 10% dos pacientes. Nestes casos a positividade no exame é um fator preditivo de boa resposta ao tratamento cirúrgico.

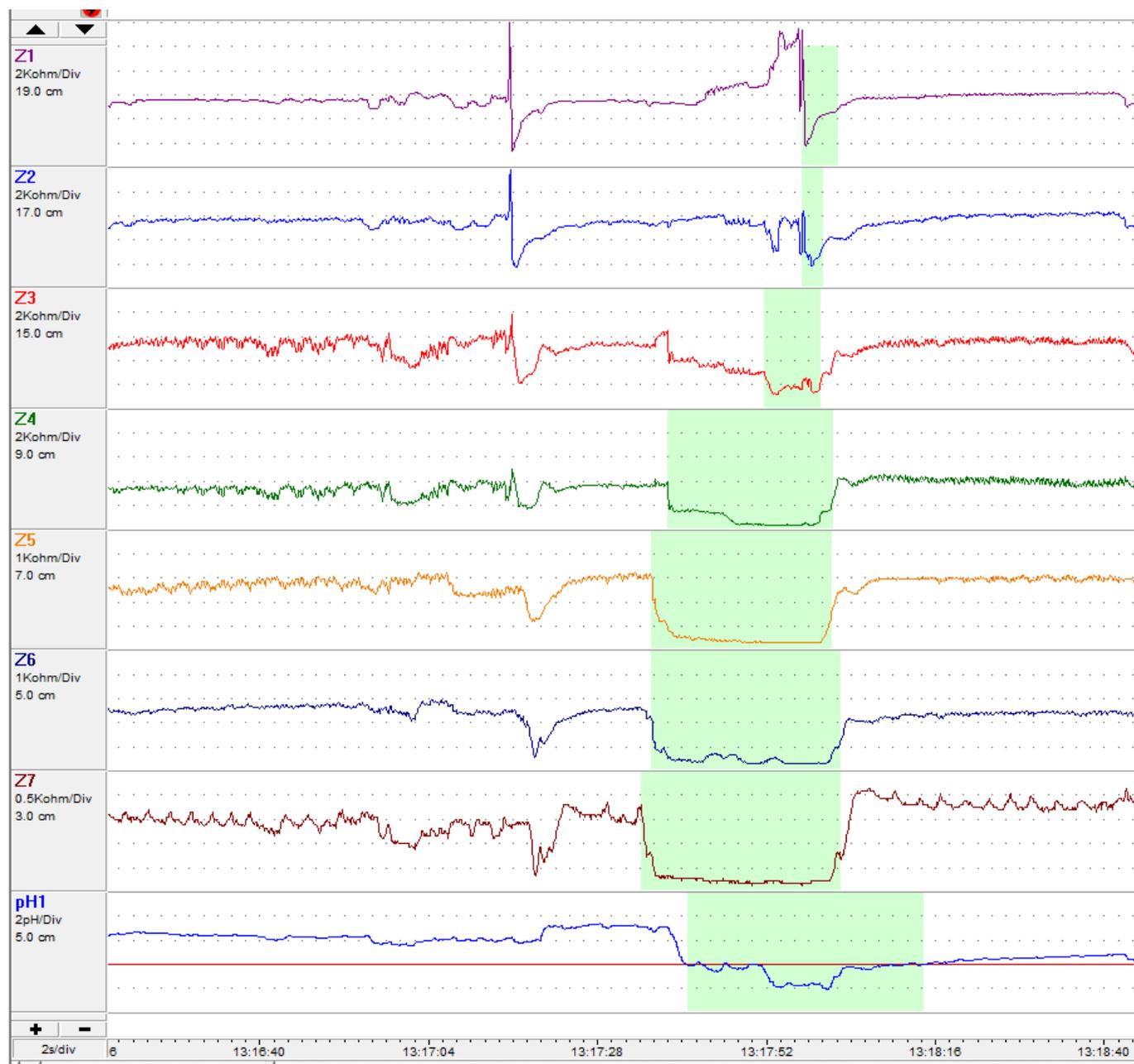
Cerca de 30% dos pacientes com DRGE continuam com sintomas típicos mesmo fazendo uso de IBP adequadamente

Em pacientes com sintomas atípicos a impedanciophmetria tem uma sensibilidade diagnóstica de cerca de 70%, sendo um bom método diagnóstico para esta investigação ao contrário da pHmetria convencional. Esta sensibilidade é maior pois os sintomas atípicos estão mais relacionados com refluxos não ácidos que não podem ser visualizados na pHmetria convencional.

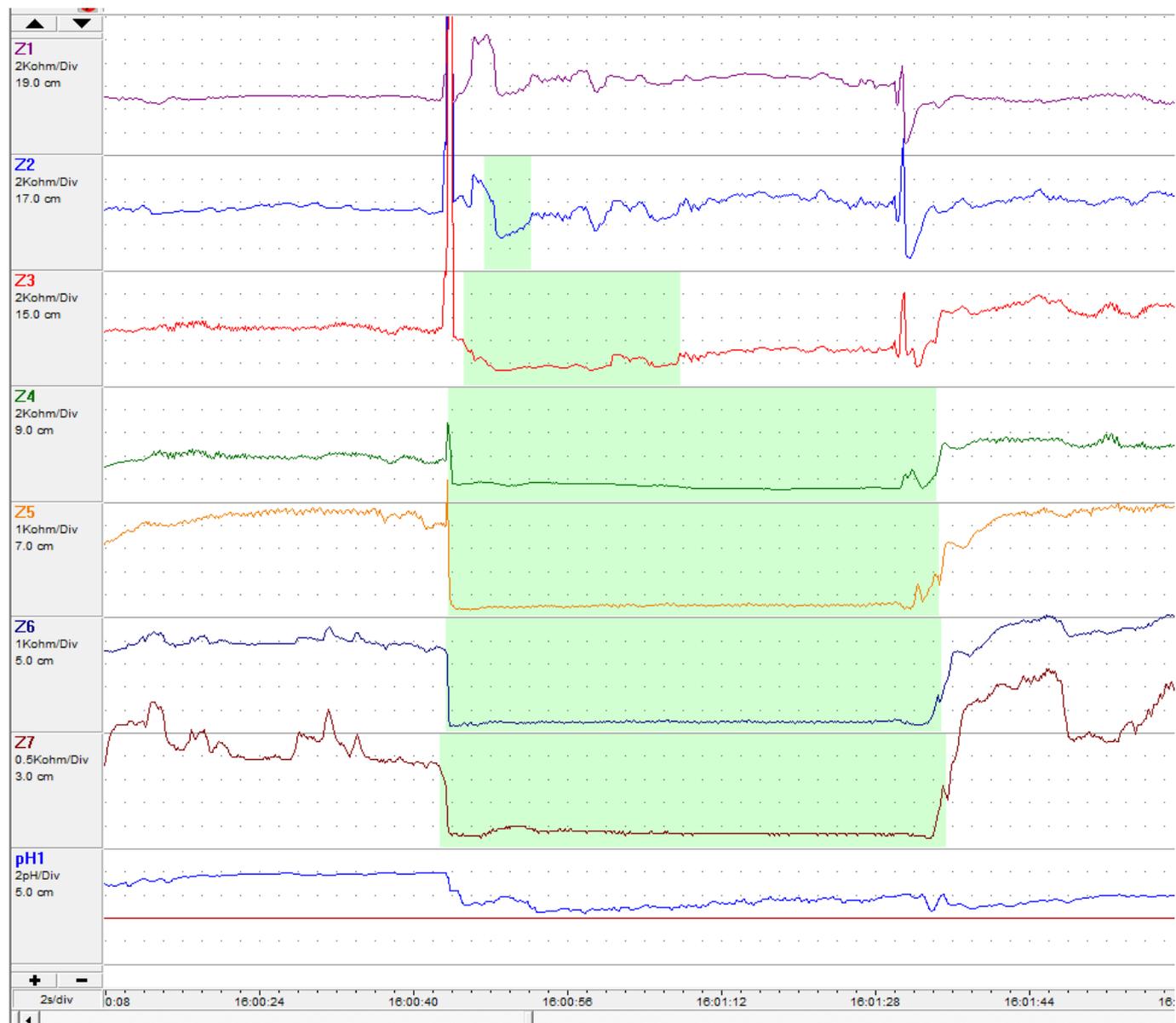
Em pacientes com refluxo faringolaríngeo a impedanciophmetria tem valor preditivo de resposta ao IBP. Os pacientes que apresentam alteração no exame respondem bem ao tratamento com IBP.



1- Refluxo não ácido. 2- Refluxo ácido. Observar a queda do pH no sensor da pHmetria (pH1).

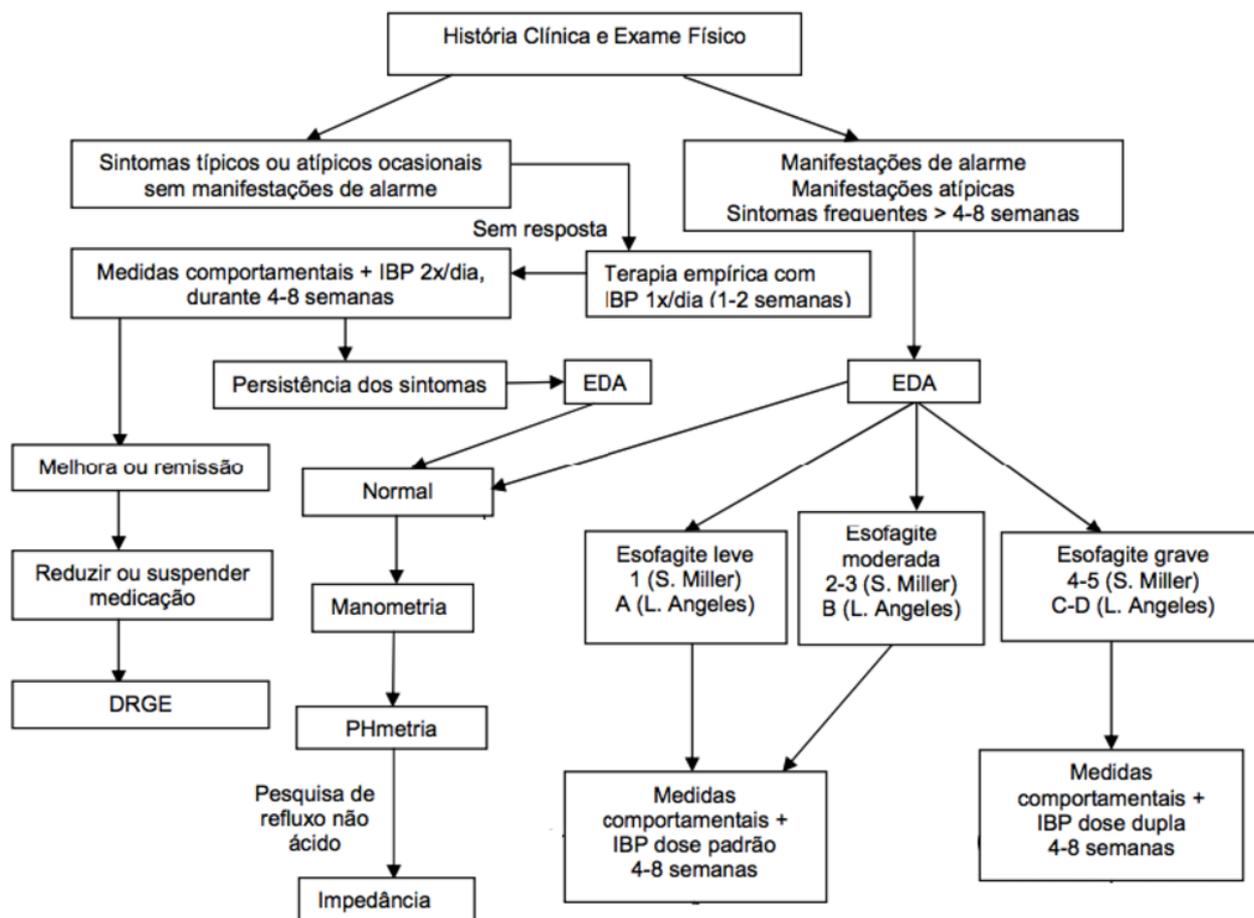


Refluxo ácido. Ascensão retrógrada com queda do pH.



Refluxo levemente ácido. Observe a queda do pH porém não abaixo de 4.

Segue abaixo um fluxograma simples para investigação e tratamento de DRGE:



Se toda a investigação diagnóstica for negativa exclui-se o diagnóstico de DRGE e o tratamento com IBP deve ser suspenso. A investigação deve ser continuada para os diagnósticos diferenciais como esofagite

eosinofílica, acalásia, gastroparesia, síndrome de ruminação. Se esta investigação também for negativa deve-se atribuir os sintomas a um quadro funcional onde podem ser utilizados antidepressivos tricíclicos ou ISRS.

Referências:

1. Ates F, Francis DO, Vaezi MF. Refractory gastroesophageal reflux disease: advances and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;8(6):657–67.
2. Scarpellini E, Ang D, Pauwels A, De Santis A, Vanuytsel T, Tack J. Management of refractory typical GERD symptoms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2016;13(5):281–94. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/nrgastro.2016.50>
3. Nennstiel S, Andrea M, Abdelhafez M, Haller B, Schmid RM, Bajbouj M, et al. pH/multichannel impedance monitoring in patients with laryngo-pharyngeal reflux symptoms ? Prediction of therapy response in long-term follow-up. *Arab J Gastroenterol* [Internet]. Pan-Arab Association of Gastroenterology; 2016;17(3):8–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajg.2016.08.007>
4. Endoscopia D De, Brasileira M. Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. 2011;(11):1–6.
5. Villa N, Vela MF. Impedance-pH Testing. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. Elsevier Inc; 2013;42(1):17–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2012.11.003>
6. Frazzoni M, de Bortoli N, Frazzoni L, Tolone S, Savarino V, Savarino E. Impedance-pH Monitoring for Diagnosis of Reflux Disease: New Perspectives. *Dig Dis Sci*. Springer US; 2017;1–9.
7. de Bortoli N, Ottonello A, Zerbib F, Sifrim D, Gyawali CP, Savarino E. Between GERD and NERD: the relevance of weakly acidic reflux. *Ann N Y Acad Sci*. 2016;1380(1):218–29.
8. Vela MF. Diagnostic Work-Up of GERD. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [Internet]. Elsevier Inc; 2014;24(4):655–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2014.07.002>

