Simpósio – Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

Tratamento da DRGE no adulto

Gastroesophageal reflux disease medical treatment in adults

FÁBIO SEGAL – Gastroenterologia / Endoscopia Digestiva. Mestre em Gastroenterologia – UFRGS. Aluno Doutorado Clínica Médica – UFRGS.

✉ Endereço para correspondência:
Fábio Segal
Rua Ramiro Barcelos, 910/904
90035-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
☎ (51) 3311-1422
(51) 3311-1371
fsegal@plug-in.com.br

O tratamento clínico da DRGE objetiva, principalmente, o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões da mucosa esofágica e a prevenção de recidivas e das complicações.

Através de um conjunto de medidas terapêuticas busca-se:

– a redução do potencial agressivo do conteúdo refluído, neutralizando ou suprimindo a secreção ácida;
– a aceleração do esvaziamento gástrico, que muitas vezes está retardado;
– melhorar a função motora esofágica, intensificando a peristalse esofágica, aumentando o tônus do esfíncter esofágico inferior, aumentando a resistência da mucosa e estimulando o clareamento esofágico.

Para fins práticos, pode-se dividir a abordagem terapêutica em medidas comportamentais e farmacológicas (2).

A) As medidas comportamentais encontram-se descritas abaixo:

- Elevação de 15 cm da cabeceira da cama.
- Moderar a ingestão dos seguintes alimentos: frituras e gorduras, cítricos, chocolate, menta, hortelã, bebidas gasosas, café, chás pretos, produtos à base de tomate, condimentos e bebidas alcoólicas.
- Evitar medicamentos potencialmente de "risco", como os anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores dos canais de cálcio e alendronato.
- Evitar refeições copiosas.
- Evitar deitar-se nas 2 horas posteriores às refeições.
- Redução do peso corporal em obesos.
- Suspensão do tabagismo.

As pessoas que apresentam doença do refluxo freqüentemente são levadas a acreditar que podem curar a si mesmas, por meio da correção de um estilo de vida inadequado. As diretrizes de Genval para a DRGE julgam que essas medidas apresentam geralmente tão pouca eficácia, que deveriam ser rejeitadas como terapia primária e que estas restrições podem piorar ainda mais a qualidade de vida. Muitos pacientes que procuram aconselhamento médico já tentaram mudanças desse gênero, juntamente com o uso de antiácidos, e constataram sua ineficiência (1,2).

B) Terapêutica farmacológica (7-10):

Os principais medicamentos disponíveis para o tratamento da DRGE encontram-se na tabela a seguir.

Para o tratamento sintomático da DRGE podem-se usar duas estratégias:

I) Uso de medicações com potência crescente (referida na literatura de língua inglesa como "STEP-UP").

O tratamento progride em etapas, de acordo com a percepção de sintomas. Comum em pacientes que fazem automedicação e raramente procurariam médico por seus sintomas. Baseia-se em:

– Mudanças nos hábitos e estilo de vida.
– Associação de antiácidos.
– Na persistência dos sintomas acrescentar: bloqueadores H_2 e/ou procinéticos (50-70% respondem com bloq. H_2).
– Na falha dessas medidas usa-se um inibidor da bomba de prótons (IBP).

II) Início do tratamento com medicamentos e doses mais efetivas e com

CLASSE	SUBSTÂNCIA	DOSE PLENA DIÁRIA
Antiácidos ou alcalinos	Hidróxido de alumínio Hidróxido de magnésio	Variável, dependendo da concentração dos componentes
Bloqueadores dos receptores H_2 da histamina	Cimetidina Ranitidina Famotidina Nizatidina	800 mg 300 mg 40 mg 300 mg
Inibidores da bomba protônica	Omeprazol Esomeprazol Lansoprazol Pantoprazol Rabeprazol	20 mg 40 mg 30 mg 40 mg 20 mg
Procinéticos	Cisaprida Domperidona Metoclopramida	15-30 mg 30 mg 30 mg

posterior adaptação da dose (referida na literatura inglesa como "STEP-DOWN").

Considerando-se a eficácia relativa das terapias medicamentosas no controle da DRGE, os participantes do Consenso de Genval concordaram que os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são superiores a outras classes de drogas no controle inicial de todos os pacientes, na presença ou na ausência de esofagite. Estes são também mais eficazes na manutenção do pH intragástrico acima de 4 e, portanto, facilitam a resolução rápida dos sintomas do refluxo e a cicatrização da esofagite pré-existente (1).

Embora a história clínica não necessariamente traduza a gravidade da doença, sintomas sugestivos de doença grave requerem o uso de IBP para todos os pacientes (7,8).

Após o alívio dos sintomas pode-se reduzir a dose do IBP ou substituí-lo por bloqueadores H_2, procinéticos ou ambos.

A adição de um procinético em associação com um IBP parece não aumentar os índices de cicatrização ou remissão dos sintomas, pelo que seu emprego não deve ser considerado (2).

Os antagonistas dos receptores H**2** são menos eficazes no controle da secreção ácida, particularmente a diurna, mas também a estimulada pelos alimentos, a qual é mediada por outras vias não histaminérgicas (3). Adicionalmente, alguns pacientes desenvolvem tolerância aos bloqueadores H_2, reduzindo sua eficácia (4,5,6).

Eventualmente estas medicações são retiradas e mantidas apenas as medidas comportamentais e os antiácidos.

TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DRGE (2)

A intervenção cirúrgica consiste na recolocação da porção distal do esôfago na cavidade abdominal, na aproximação dos pilares do hiato diafragmático (hiatoplastia) e o envolvimento do esôfago distal pelo fundo gástrico (fundoplicatura). Na DRGE não complicada as indicações para o tratamento cirúrgico são:

- pacientes que não respondem satisfatoriamente ao tratamento clínico orientado acima, inclusive aqueles com manifestações atípicas da DRGE;
- pacientes dos quais é exigido tratamento de manutenção com IBP, especialmente aqueles com menos de 40 anos de idade;
- casos onde não é possível a continuidade do tratamento medicamentoso de manutenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DENT J, BRUN J, FRENDRICK AM et al. An evidence based appraisal of reflux disease management. The Genval Workshop Report. Gut 1999; 44(Suppl): S1-S16.
2. I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico (I CBDRGE). GED 2000;1(Suppl Jun): 7-32.
3. DEVAULT KR, CASTELL DO et al. American College of Gastroenterology treatment guideline: Updated Guidelines for the diagnosis and treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol June 1999, 94(6): 1434-1442.
4. MUJICA VR & RAO SCS. Recognizing atypical manifestations of GERD. Postgrad Med Jan1999 105(1):53-66.
5. SOGA T, MATSUURA M, KODAMA Y et al. Is a proton pump inhibitor necessary for the treatment of lower-grade reflux esophagitis? J Gastroenterol 1999; 34:435-440.
6. FENDRICK AM & BLITZ SG. Gastroesophageal Reflux: Therapy considerations after failure of low-dose, nonprescription H2RAS. Formulary 1999; 34:234-48.
7. KATZ PO. Treatment of Gastroesophageal reflux disease: use of algorithms to aid in management. Am J Gastroenterol 1999; 94 (Suppl): S3-S10.
8. KLINKENBERG-KNOL EC, FESTEN HPM, JANSEN JBMJ et al. Long-term treatment with omeprazol for refractory reflux esophagitis: Efficacy and safety. Ann Intern Med 1994;121:161-167.
9. FENNERTY MB, CASTEL D, FENDRICK AM et al. The diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in managed care environment. Suggested disease management guidelines. Arch Intern Med 1996; 156:477-484.
10. RICHTER JE. Management of gastroesophageal reflux – Pathophysiological basis of therapy for gastroesophageal reflux disease. Dis Esophagus 1995; 7: 223-229.