Simpósio – Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

Diagnóstico e clínica: a visão do otorrinolaringologista

Diagnosis and clinica presentation: the otolaryngologist vision

GERALDO PEREIRA JOTZ – Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

ONIVALDO CERVANTES – Professor Associado – Livre-Docente e Chefe da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP / EPM).

✉ Endereço para correspondência:
Geraldo Pereira Jotz
Rua Dom Pedro II, 891/604
90550-142 – Porto Alegre – RS – Brasil
☎ (51) 3337-6566
jotz.voz@zaz.com.br

SINOPSE

O refluxo gastroesofágico (RGE) é o movimento retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago. É considerado normal quando decorrente de processo fisiológico, podendo ocorrer em qualquer indivíduo, particularmente após as refeições. O RGE é, freqüentemente, uma condição benigna que responde ao tratamento clínico. A distinção entre refluxo fisiológico e patológico está baseada na freqüência do refluxo e/ou nas conseqüências negativas que se desenvolvem deste processo. Os autores revisaram os aspectos diagnósticos e clínicos do refluxo gastroesofágico e sintomas otorrinolaringológicos.

UNITERMOS: Refluxo gastroesofágico; Otorrinolaringologia; Diagnóstico.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux (GER) is the retrograde movement of gastric contents into the esophagus. It is a normal, physiologic process that occurs in everyone, particularly after eating. GER is frequently a benign condition that response to clinical treatment. The distinction between physiologic GER and pathologic GER is based on abnormal frequency of reflux and/or that negative consequences have developed from the process. The authors review the diagnostic and clinic aspects that gastroesophageal reflux and otolaryngology simptoms.

KEY WORDS: *Gastroesophageal reflux; Otolaryngology; Diagnosis.*

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) é comumente encontrada na prática clínica diária. Algumas vezes sua origem é idiopática, sendo mais evidente à medida que a população envelhece. É diagnosticada e tratada por grande número de profissionais da saúde, como clínicos gerais, gastroenterologistas, pneumologistas e, mais recentemente, por otorrinolaringologistas.

Muitos aspectos da DRGE mudaram drasticamente nas duas últimas décadas, principalmente quanto a fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Na clínica diária, por várias vezes nos deparamos com pacientes que, anos atrás, tinham queixas de faringites de repetição com passagem em diversos serviços de otorrinolaringologia, sem que tivessem um diagnóstico da etiologia. Hoje em dia, se observarmos com cuidado, veremos que mais de 60% daqueles casos apresentavam quadro sugestivo de DRGE, com sintomas e sinais específicos, normalmente não acompanhados de epigastralgia e/ou pirose.

DIAGNÓSTICO E CLÍNICA

As atenções deverão estar voltadas principalmente para os sinais e sintomas associados às vias aéreas superiores, que, ocorrem como conseqüência direta do efeito do ácido gástrico no tecido ou, indiretamente, por estimulação neural, principalmente a vagal. Na anamnese do paciente com suspeita clínica de RGE deve ser avaliado o hábito de fumar e de ingestão de bebidas alcoólicas, a alimentação, a utilização de roupas apertadas e o estilo de vida.

Muitos dos sintomas otorrinolaringológicos, como pigarro crônico, rouquidão, tosse, sensação de corpo estranho (*globus faringeus*), dispnéia, dor de garganta, dor cervical, sensação de gota pós-nasal, otalgia, sialorréia, disfagia e odinofagia, passam desapercebidos na prática clínica diária, principalmente quando não são lembrados como decorrentes do refluxo gastroesofágico (1). Nas crianças, o refluxo deve ser também investigado na presença de estridor laríngeo, principalmente antes de completar o 1º ano de vida (2).

Alguns otorrinolaringologistas têm descrito como sinais clínicos do RGE a presença do eritema e da "laringite posterior" (aritenóides hiperemiadas e mucosa da parede posterior hipertrófica) como condição *sine qua non* para o diagnóstico da doença. Sinais como granuloma e leucoplasia não estão presentes num grande número de pacientes, sendo mais freqüentemente obser-

vado o aparecimento isolado do espessamento da parede posterior da laringe (paquidermia laríngea) (3,4,5). CARR e cols. (6) observaram em estudo laringoscópico realizado em um grupo de 77 crianças que as mesmas apresentavam de maneira significante, edema da parede posterior da laringe, da aritenóide e da prega vocal verdadeira ($p< 0,001$), onde 65% delas tinham a suspeita clínica confirmada através da pHmetria de 24 horas, da cintilografia e/ou da endoscopia digestiva.

Algumas afecções são atribuídas ao refluxo gastroesofágico, como a artrite da articulação cricoaritenóidea, a estenose subglótica, o laringoespasmo, a esofagite cervical, a síndrome de Plummer-Vinson, o divertículo de Zenker, a cárie dentária, a ulceração bucal, o granuloma laríngeo, a disfagia e o carcinoma da laringe (4,7,8). WIENER e cols. (9) observaram exposição prolongada ao ácido gástrico em aproximadamente 80% dos pacientes que apresentavam rouquidão crônica, enquanto que LARAIN e cols. (10) identificaram placas esbranquiçadas hiperceratóticas na parede posterior da laringe. COPPER e cols. (11) observaram que ao submeterem 24 pacientes portadores de carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço a pHmetria de 24 horas, 83% apresentavam refluxo patológico, o que vem a implicar o RGE na gênese do câncer de cabeça e pescoço.

JOTZ (5), em sua tese de Mestrado, observou que nos 44 pacientes que apresentavam lesões laríngeas, o espessamento da parede posterior foi o sinal mais freqüente de maneira significante em relação aos demais.

A suspeita clínica de um paciente que vem a consulta otorrinolaringológica tenha RGE inicia pelos sintomas por ele relatados, onde através do exame videofibrolaringoscópico ou telescópico da laringe iremos ter indícios desta hipótese diagnóstica ou não. Mesmo que o paciente não tenha sinais otorrinolaringológicos e os sintomas evidenciem a presença da doença, podemos investigá-la através da pHmetria esofágica de duplo canal, da endoscopia digestiva alta, do teste de perfusão ácida, da radiografia contrastada do esôfago ou da cintilografia esofágica. Na nossa experiência não necessitamos ter um quadro clássico com diagnóstico comprovado através de exames complementares para iniciarmos a terapia anti-refluxo, já que muitos pacientes se beneficiam com o tratamento empírico e, partindo-se da premissa de que não temos um exame complementar "padrão ouro" para o diagnóstico, o tratamento está indicado, concordando com GIACCHI, SULLIVAN, ROTHSTEIN (1).

Apesar de todos estes métodos diagnósticos, existem muitos pacientes que apresentam sinais e sintomas laríngeos da doença do refluxo gastroesofágico sem, contudo, apresentarem alterações aos exames complementares (7).

KAMBIC & RADSEL (12) estudaram 44 pacientes portadores de laringite ácida posterior. Realizaram biópsia da parede posterior e observaram pequenas áreas de hiperplasia epitelial. A queratinização do epitélio com ou sem área de paraqueratose também foi observada. Em muitas espécimes o epitélio estava atrófico e parcialmente ulcerado, recoberto por tecido de granulação. Os autores observaram abundante infiltração de células plasmáticas e linfocíticas. Dessa maneira, concluíram que o diagnóstico de laringite ácida posterior deve basear-se na investigação microscópica e na história clínica do paciente.

JOTZ e cols. (13) mostraram que, em um ambulatório de gastroenterologia, as queixas otorrinolaringológicas se fazem bem evidentes, onde a rouquidão, a tosse crônica, a sialorréia, o pigarro e a disfagia se fizeram presentes em mais de 30% dos casos.

As queixas otorrinolaringológicas estão freqüentemente presentes na maioria dos pacientes portadores da doença do refluxo gastroesofágico, apesar de que grande parte destes não faz avaliação otorrinolaringológica. Talvez isto se deva ao fato de que na maioria das vezes os sintomas não são tão graves e que o tratamento da doença de base por outro médico que não otorrinolaringologista acaba melhorando estes sintomas (14,15).

COMENTÁRIOS

Temos por conduta na rotina diária a realização de uma anamnese minuciosa e do exame videoendoscópico em todos os pacientes, seguido da pHmetria de duplo canal de 24 horas. Na suspeita clínica otorrinolaringológica da doença do refluxo gastroesofágico, mesmo com a pHmetria normal, instituímos o tratamento medicamentoso, associado a orientações dietéticas e de mudanças no estilo de vida, fatores estes fundamentais para o sucesso da terapia. Apesar de a pHmetria não ser considerado um padrão ouro para o diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico, ainda é o exame de maior sensibilidade e especificidade. Na criança os sintomas podem manifestar-se através da perda de peso, rouquidão, bronquiolite entre outros, sendo o diagnóstico um pouco mais difícil, devendo ser avaliado por um profissional com experiência na área pediátrica e neonatal.

O refluxo gastroesofágico pode ocasionar situações graves, como displasias mucosas e/ou câncer da laringe e hipofaringe, em virtude de o epitélio local não estar preparado para a exposição ao ácido.

Por fim, gostaríamos que esta doença estivesse inclusa entre as hipóteses diagnósticas de todo otorrinolaringologista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GIACCHI RJ, SULLIVAN D, ROTHSTEIN SG. Compliance with anti-reflux therapy in patients with otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease. Laryngoscope 2000; 110 (1): 19-22.
2. DENOYELLE F, GARABEDIAN EN, ROGER G, TASHJIAN G. Laryngeal dyskinesia as a cause of stridor in infants. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122 (6): 612-6.
3. KOUFMAN JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal re-

flux disease (GERD): A clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope 1991;101(4 part 2): 1-78.
4. OLSON NR. Effects of stomach acid on the larynx. Proc Am Laryngol Assoc 1983; 104: 108-112.
5. JOTZ GP. Doença do refluxo gastroesofágico. Aspectos laringológicos. São Paulo, 1995. / Tese-Mestrado-Escola Paulista de Medicina /
6. CARR MM, NAGY ML, PIZZUTO MP, POJE CP, BRODSKY LS. Correlation of findings at direct laryngoscopy and bronchoscopy with gastroesophageal reflux disease in children: a prospective study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 127 (4): 369-74.
7. WARD PH & HANSON DG. Reflux as an etiological factor of carcinoma of the laryngopharynx. Laryngoscope 1988; 98:1195-99.
8. BORTOLOTTI M. Laryngospasm and reflex central apnoea caused by aspiration of refluxed gastric content in adults. Gut 1989; 30: 233-238.
9. WIENER GJ, COPPER JB, WU WC, KOUFMAN JÁ, RICHTER JE, CASTELL DO. Is hoarseness an atypical manifestation of gastroesophageal reflux (GER)? An ambulatory 24 hour pH study. Gastroenterology 1986; 90a: 1691.
10. LARAIN A, LIRA E, OTERO M, POPE CE. Posterior laryngitis: A useful marker of esophageal reflux (abstract). Gastroenterology 1981; 80: 204.
11. COPPER MP, SMIT CF, STANOJCIC LD, DEVRIESE PP, SCHOUWENBURG PF, MATHUS-VLIEGEN LM. High incidence of laryngopharyngeal reflux in patients with head and neck cancer. Laryngoscope 2000; 110 (6): 1007-11.
12. KAMBIC V & RADSEL Z. Acid posterior laryngitis. Aetiology, histology, diagnosis and treatment. J Laryngol Otol 1984; 98: 1237-1240.
13. JOTZ GP, GONZAGA CF, MARTINS M, BEHERENS T, ZAMIN Jr. I. Queixas otorrinolaringológicas de pacientes portadores da doença do refluxo gastroesofágico. Arq Med 2000; 3(1): 7-15.
14. BENJAMIN SB. Extra-esophageal Complications of gastroesophageal reflux. J Clin Gastroenterol 1986; 8(Suppl. 1): 68-71.
15. KOUFMAN JA. Gastroesophageal reflux and voice disorders. In: Diagnosis and treatment of Voice Disorders. Igaku-Shoin Publishers, New York, 1993.