Simpósio – Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

Diagnóstico e clínica: a visão do pneumologista

Diagnosis and clinical spectrum: the pulmonologist's view

OTÁVIO LEITE GASTAL – Professor Adjunto de Cirurgia Torácica das Universidades Católica e Federal de Pelotas. Doutor em Pneumologia pela UFRGS. Pós-doutorado em Cirurgia Torácica pela "University of Southern California"

✉ Endereço para correspondência:
Otávio Leite Gastas
Rua Santa Cruz, 1787/701
96015-710 – Pelotas – RS – Brasil
☎ (53)227-4512
olgastal@zaz.com.br

INTRODUÇÃO

O refluxo gastro-esofágico (RGE) é um dos problemas clínicos mais comuns na prática clínica diária, sendo suas manifestações mais clássicas a azia e a regurgitação. Por definição, corresponde ao movimento retrógrado do conteúdo gástrico para o esôfago e até a hipofaringe. O contato deste material com a mucosa do esôfago pode ser totalmente assintomático ou causar conseqüências como a simples sensação de queimação até lesões esofágicas graves. Além dessas manifestações consideradas e denominadas de manifestações esofágicas, podem também surgir manifestações paralelas ou até inusitadas, como asma, tosse, dor torácica, rouquidão e arritmias cardíacas, que são mais recentemente denominadas de manifestações extra-esofágicas do refluxo gastro-esofágico [4].

Como procedimento diagnóstico, a monitorização prolongada do pH intra-esofágico possibilita a identificação de RGE e da localização dessa exposição ácida esofágica ao longo do esôfago [3], sendo possível estabelecer o real papel do RGE nas situações clínicas típicas (esofágicas) e atípicas (extra-esofágicas).

As manifestações respiratórias podem ser as únicas presentes na doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) e apresentarem-se sob a forma de tosse ou até fibrose pulmonar intersticial [1]. O papel do RGE como causa de tosse crônica vem sendo progressivamente valorizado [14].

Várias formas terapêuticas têm se mostrado efetivas no tratamento anti-refluxo em pacientes com sintomas respiratórios, fazendo com que a seleção dos pacientes para as diversas modalidades de tratamento seja objeto constante de investigação.

FISIOPATOLOGIA

Numerosas observações sugerem que pacientes com tosse crônica podem apresentar RGE como causa única ou associada do sintoma [9]. Em outras afecções, como a asma brônquica, a natureza dessa relação é controversa, principalmente quando observamos que certos medicamentos broncodilatadores podem repercutir no funcionamento do esfíncter esofágico inferior [15]. Essa relação de causa-efeito em pacientes asmáticos pode ser comprovada pela evidente melhora dos sintomas respiratórios em pacientes submetidos a tratamentos clínicos e cirúrgicos anti-refluxo [11;12].

Dois mecanismos básicos são implicados nessa associação. Pela "teoria do refluxo" o estímulo começa após o contato direto do material refluído com as vias aéreas, que, desprovidas de mecanismos de defesa para esse tipo de estímulo, reagem com resposta inflamatória. Inicialmente pode ocorrer somente tosse, porém, com a exposição prolongada, o epitélio reage com transudação e broncoespasmo, chegando em casos extremos a ocorrer sangramentos, membrana hialina e síndrome de distrição respiratória [8]. Na segunda situação, o estímulo funciona como "gatilho" de um arco reflexo cujos receptores aferentes localizam-se no esôfago e, mediado pelo vago, desencadeiam uma resposta eferente de modificação de calibre e comportamento funcional das vias aéreas, chamada "teoria do reflexo" [6].

A compreensão desses mecanismos tem implicações terapêuticas na medida em que a resposta às diferentes formas de tratamento depende da quantificação do RGE e de outros fatores, como função esofágica e associação com sintomas digestivos [2].

A avaliação dos níveis intra-esofágicos do RGE é de extrema importância, não só pela maior compreensão dos mecanismos causais, como também para uma maior adequação das opções terapêuticas [6].

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico e para quantificação do RGE a monitorização prolongada de pH intra-esofágico de 24 horas (pH-metria), deve ser realizada utilizando 2 sensores de pH localizados respectivamente a 5 cm e 20 cm acima do esfíncter esofágico inferior, localizado previamente por manometria.

TRATAMENTO

A efetividade do tratamento clínico anti-refluxo nos casos de sintomas respiratórios está relacionada aos di-

ferentes níveis de severidade de refluxo e na associação deste a distúrbios primários de motilidade esofágica. Pacientes portadores de RGE restrito ao esôfago distal na ausência de distúrbios de motilidade apresentaram resolução ou controle dos sintomas com as diferentes modalidades de terapêutica clínica ou cirúrgica. Essa afirmação encontra respaldo na literatura, onde a resposta ao tratamento clinico anti-refluxo varia de 50 a 90%, dependendo da opção terapêutica [13]. Por outro lado, fica claro que o tratamento cirúrgico é igualmente eficaz em pacientes com sintomas respiratórios portadores de RGE, independente dos níveis intra-esofágicos do refluxo [7]. A justificativa para esse achado pode estar na efetividade da terapêutica cirúrgica em controlar todas as formas de RGE e não somente do refluxo ácido, como ocorre durante o tratamento clínico com medicamentos bloqueadores de bomba de prótons ou de receptores H2. O reconhecimento de que o refluxo ácido é somente parte do material refluído e que outras substâncias são potencialmente lesivas e capazes de produzir sintomas é de extrema importância [10]. A efetividade do tratamento cirúrgico anti-refluxo independe da severidade do mesmo ou do pH do material refluído, o que pode justificar sua superioridade em comparação aos medicamentos antiácidos no tratamento de pacientes com tosse crônica causada por RGE. É importante salientar a existência de morbidade e mortalidade associadas aos procedimentos cirúrgicos. Tais índices, no que se refere à cirurgia de Belsey, já foram avaliados e situam-se atualmente em torno de 10% e 0,4%, respectivamente [5]. O advento da cirurgia vídeo-assistida veio acrescentar ainda mais qualidades à terapêutica cirúrgica.

CONCLUSÃO

O RGE é uma causa freqüente de sintomas respiratórios e os níveis intra-esofágicos do refluxo são importantes indicadores de resposta às diferentes modalidades terapêuticas. Pacientes com refluxo atingindo o esôfago proximal não apresentam bons resultados no controle dos sintomas respiratórios quando tratados clinicamente. O tratamento cirúrgico anti-refluxo está associado a bons resultados no controle de sintomas respiratórios, independente dos níveis intra-esofágicos do refluxo e principalmente naqueles com refluxo detectado no sensor proximal. Na análise global, o tratamento cirúrgico anti-refluxo apresenta os melhores resultados no tratamento da tosse crônica e asma associados à RGE.

Baseados nas informações pertinentes à relação entre sintomas respiratórios e RGE, sugerimos a adoção de algoritmo de avaliação e tratamento (Figura 1).

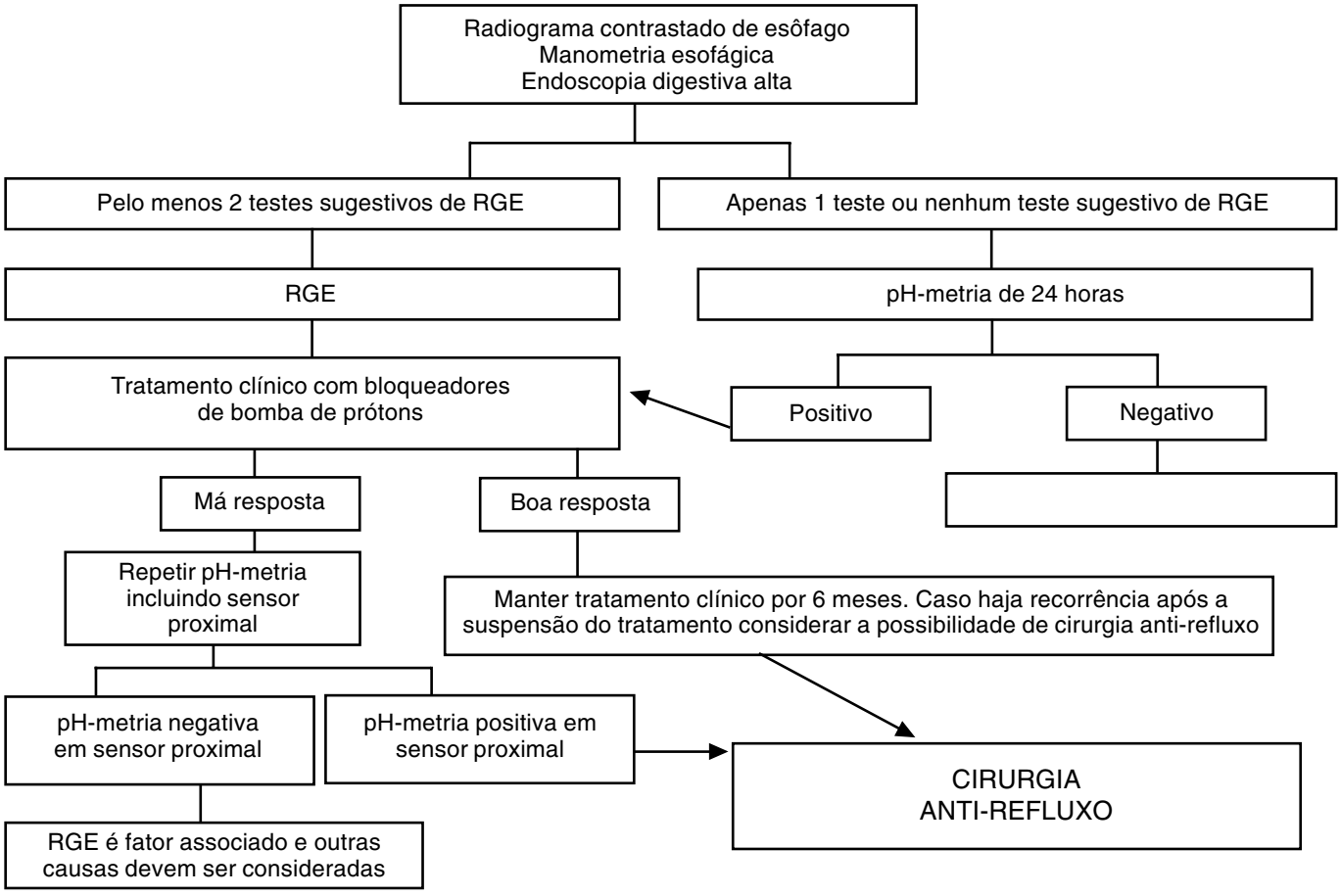


Figura 1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARISH CF, WU WC, CASTELL DO. Respiratory complications of gastroesophageal reflux. Archives of Internal Medicine 1985; 145: 1882-1888.
2. DeMEESTER TR, BONAVINA L, IASCONE C, COURTNEY JV, SKINNER DB. Chronic respiratory symptoms and occult gastroesophageal reflux. A prospective clinical study and results of surgical therapy. Ann.Surg. 1990; 211: 337-345.
3. DeMEESTER, T. R., WANG, C. I., JOHNSON, L. F., SKINNER, D. B. Comparison of clinical test for detection of gastroesophageal reflux. Eur Surg Res 11(suppl 2), 59-67. 1979.
4. DESCHNER WK, BENJAMIN SB. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. Am. J. Gastroenterol. 1989; 84: 1-5.
5. FENTON KN, MILLER JJ, LEE RB, MANSOUR KA. Belsey Mark IV antireflux procedure for complicated gastroesophageal reflux disease. Annals of Thoracic Surgery 1997; 64: 790-794.
6. GASTAL OL, CASTELL JA, CASTELL DO. Frequency and site of gastroesophageal reflux in patients with chest symptoms. Studies using proximal and distal pH monitoring. Chest 1994; 106: 1793-1796.
7. GASTAL, O. L., PALOMBINI, B. C, DEMEESTER, T. R. Influência dos níveis de refluxo gastroesofágico (RGE) na escolha do tratamento de pacientes com tosse crônica. Jornal de Pneumologia 24(5), 277-282. 1998.
8. GHAED N, STEIN MR. Assessment of a technique for scintigraphic monitoring of pulmonary aspiration of gastric contents in asthmatics with gastroesophageal reflux. Annals of Allergy 1979; 42: 306-308.
9. HARDING SM, RICHTER JE. The role of gastroesophageal reflux in chronic cough and asthma. [Review] [85 refs]. Chest 1997; 111: 1389-1402.
10. KAUER WK, PETERS JH, DEMEESTER TR, et al. Composition and concentration of bile acid reflux into the esophagus of patients with gastroesophageal reflux disease. Surgery 1997; 122: 874-881.
11. LARRAIN A, CARRASCO E, GALLEGUILLOS F, SEPULVEDA R, POPE CE. Medical and surgical treatment of nonallergic asthma associated with gastroesophageal reflux . Chest 1991; 99: 1330-1335.
12. PERRIN-FAYOLLE M, GORMAND F, BRAILLON G, et al. Long-term results of surgical treatment for gastroesophageal reflux in asthmatic patients. Chest 1989; 96: 40-45.
13. Pope CE. Acid-reflux disorders [see comments]. [Review] [41 refs]. New England Journal of Medicine 1994; 331: 656-660.
14. SMYRNIOS NA, IRWIN RS, CURLEY FJ. Chronic cough with a history of excessive sputum production. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. Chest 1995; 108: 991-997.
15. Sontag SJ, O'Connell S, Khandelwal S, et al. Most asthmatics have gastroesophageal reflux with or without bronchodilator therapy. Gastroenterology 1990; 99: 613-620.