



**UNICEPLAC**  
CENTRO UNIVERSITÁRIO

**Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC**  
**Curso de Medicina**  
**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Doença Do Refluxo Gastroesofágico: Condutas Para Pacientes**  
**Refratários Ao Tratamento Clínico**

Gama-DF

2022

**LUCIANO RIBEIRO COELHO**  
**MATHEUS HENRIQUE GARCIA GOMES**

**Doença do Refluxo Gastroesofágico: Condutas Para Pacientes  
Refratários Ao Tratamento Clínico**

Artigo apresentado como requisito para conclusão  
do curso de Bacharelado em Medicina pelo  
Centro Universitário do Planalto Central  
Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Professora Dra. Danielle Fernanda  
Mota Lira Nome Completo do Orientador

Gama-DF

2022

**LUCIANO RIBEIRO COELHO**  
**MATHEUS HENRIQUE GARCIA GOMES**

**Doença do refluxo gastroesofágico: condutas para pacientes refratários ao tratamento  
clínico**

Artigo apresentado como requisito para conclusão  
do curso de Bacharelado em Medicina pelo  
Centro Universitário do Planalto Central  
Apparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 20 de maio de 2022.

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dra. Danielle Fernanda Mota Lira  
Orientadora

---

Prof. Me. Alessandro R. Caruso da Cunha  
Examinador

---

Prof. Me. Flávio Dutra de Moura  
Examinador

# **Doença do Refluxo Gastroesofágico: Condutas Para Pacientes Refratários Ao Tratamento Clínico**

Luciano Ribeiro Coelho

Matheus Henrique Garcia Gomes

## **Resumo:**

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma das desordens dispépticas mais manejadas por gastroenterologistas e médicos do nível de atenção primária. A prevalência da DRGE tem aumentado nos últimos anos, principalmente na América do Norte, Leste Asiático e Brasil. O advento dos inibidores de bomba de prótons (IBPs) permitiu que esta classe farmacológica se tornasse a principal estratégia terapêutica para a DRGE nas últimas três décadas. Entretanto, muitos médicos e pacientes estão começando a se preocupar com possíveis efeitos colaterais destas drogas. Além disso, a principal técnica cirúrgica para o manejo da DRGE, a funduplicatura, está sendo utilizada cada vez menos, enquanto outras modalidades não farmacológicas estão em alta. Desta maneira, esta revisão de literatura busca abordar quais são algumas das principais opções para o manejo não farmacológico de pacientes com a DRGE, principalmente em pacientes refratários ao tratamento farmacológico, os quais possuem perspectiva de uso prolongado dos IBPs os quais podem se beneficiar de técnicas cirúrgicas e endoscópicas.

**Palavras-chave:** Doença do refluxo gastroesofágico; inibidores de bombas de prótons; efeitos colaterais dos inibidores de bomba de prótons; cirurgia e manejo não farmacológico.

**Abstract:**

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the dyspeptic disorders most managed by gastroenterologists and primary care physicians. The prevalence of GERD has increased in recent years, mainly in North America, East Asia and Brazil. The advent of proton pump inhibitors (PPIs) allowed this pharmacological class to become the main therapeutic strategy for GERD in the last three decades. However, many doctors and patients are starting to worry about possible side effects of these drugs. In addition, the main surgical technique for the management of GERD, fundoplication, is being used less and less, while other non-pharmacological modalities are on the rise. In this way, this literature review seeks to address what are some of the main options for the non-pharmacological management of patients with GERD, especially in patients who are refractory to pharmacological treatment, who have a perspective of prolonged use of PPIs, which can benefit from techniques surgical and endoscopic.

**Keywords:** Gastroesophageal reflux disease; proton pump inhibitors; side effects of proton pump inhibitors; surgery and non-pharmacological management.

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.  
E-mail: lucianoelho14@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduando do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.  
E-mail: matheushgg23@gmail.com.

## 1 INTRODUÇÃO

Uma das condições crônicas de saúde mais prevalentes no mundo é a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), atingindo algo entre 10 a 20% das populações de países como os da Europa Ocidental, Estados Unidos e Brasil, o que a coloca como uma das principais afecções digestivas, com uma relevância médica considerável pois compromete a qualidade de vida de milhões de pacientes. O refluxo de conteúdo gástrico para o esôfago gera sintomas como a queimação retroesternal (pirose), regurgitação ácida, esofagite e outras complicações. Esta revisão de literatura busca trazer algumas características do manejo da DRGE. (HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. 1900 e ABRAHÃO JUNIOR, Luiz João. 2014 e CORONEL, Martin Andrés et al. 2018 e MUTHUSAMY, V. Raman et al. 2015).

O tratamento clínico de pacientes com a DRGE, principalmente com o uso de fármacos inibidores da bomba de prótons e modificações de hábitos de vida geralmente controlam a DRGE, porém existem pacientes que acabam sendo refratários a estas medidas ( 20 - 40% do pacientes portadores da DRGE), por isso existem critérios para tornar o paciente apto a um tratamento cirúrgico ou endoscópico. Tendo em vista este contexto, este artigo tem como objetivos abordar critérios para o manejo cirúrgico ou endoscópico da DRGE, bem como as principais técnicas utilizadas atualmente para a realização destas possibilidades terapêuticas. As vantagens e desvantagens de cada tipo de conduta também serão levadas em consideração neste estudo, visto que nos últimos anos surgiram algumas evidências de que a abordagem endoscópica pode ser uma opção vantajosa para alguns tipos de pacientes, os quais anteriormente ficavam com o tratamento limitado a poucas técnicas cirúrgicas ou manejos farmacológicos . (HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. 1900 e ABRAHÃO JUNIOR, Luiz João. 2014 e HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. 2014 e MUTHUSAMY, V. Raman et al. 2015).

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ocorre pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago e outras regiões anatômicas como (laringe, cavidade oral ou pulmão), através do esfíncter esofágico inferior, que por razão anatômica e/ou funcional não é capaz de evitar o retorno de conteúdo gástrico, gerando os sinais, sintomas e complicações da doença, pode-se classificar a DRGE em primária e secundária (BORTOLI, Victor Fajardo et al. e AZZAM, Rimón Sobhi.2018).

Possuindo uma alta prevalência na sociedade (10 a 20% de prevalência em população ocidental) com muitos pacientes em uso contínuo ou intermitente de medicações devido as suas manifestações clínicas que incluem pirose, disfagia, odinofagia, tosse, regurgitação ácida e, em alguns casos, suas respectivas complicações como esofagite ou danos em mucosa esofágica, que podem gerar substituição por fibrose colunar metaplásica, esôfago de Barret, o qual pode possuir alto grau de displasia e evoluir para um adenocarcinoma esofágico. Sendo assim, muitas vezes é necessária a disciplina dos pacientes para o uso diário e contínuo de medicações, além de mudanças associadas ao hábitos de vida. Como o tratamento farmacológico visa manter os pacientes assintomáticos, o objetivo na conduta cirúrgica estabelece corrigir anatomicamente, restaurando a eficiência do esfíncter esofágico inferior e também hérnias hiatais grandes, possibilitando um controle sem uso crônico de medicamentos. (HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. 1900 e ABRAHÃO JUNIOR, Luiz João. 2014 e MUTHUSAMY, V. Raman et al. 2015).

## MANEJO INICIAL

Independente da gravidade da doença recomendasse a mudança nos hábitos de vida, os quais focam na otimização das funções fisiológicas evitando estímulos prejudiciais, como a cessação do tabagismo, redução de peso (buscando sempre se manter no índice de massa corpórea ideal), elevação da cabeceira da cama (visando diminuir o refluxo do conteúdo gástrico com a ajuda da gravidade), evitar deitar-se antes de 2 horas pós-refeição e dieta (evitando a ingestão de grandes quantidades alimentares e o consumo de alimentos gordurosos, ácidos, gasosos, bebidas alcoólicas, cafeína, chocolate). (HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. 1900 e BORTOLI, Victor Fajardo et al. e SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018)

## TERAPIA FARMACOLOGICA E OTIMIZAÇÃO DO IBP

Os pacientes que já fizeram as modificações de estilo de vida, mas que continuam com sintomas relacionados com a DRGE geralmente são instruídos a iniciar a terapia medicamentosa oral, a qual é baseada no uso de antiácidos, antagonistas do receptor histamínico H<sub>2</sub>, inibidores de bomba de prótons IBPs e procinéticos. Dentre estes, os IBPs são considerados a opção mais efetiva, pois atuam diminuindo a secreção ácida no estômago, inibindo a secreção de ácido clorídrico. Os IBPs são considerados seguros e atingem um nível entre 56% até 100% de satisfação dos usuários quando comparado com outras classes medicamentosas utilizadas no manejo da DRGE. Além disso, existem evidências que apontam que, de maneira geral, os IBPs são responsáveis por até 80% de alívio nos sintomas da DRGE, principalmente quando é instituída uma terapia de IBPs otimizada (adesão da terapia medicamentosa no tempo indicado junto com mudanças de estilo de vida). Apesar de vários benefícios já aqui apresentados, existem alguns pontos que estão chamando cada vez mais a atenção dos profissionais de saúde destes pacientes. (SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018 e GARG, Sushil K.; GURUSAMY, Kurinchi Selvan. 2015).



## EFEITOS COLATERAIS DOS INIBIDORES DE BOMBA DE PROTONS

Os IBPs são, de maneira geral, considerados medicamentos seguros para o uso em pacientes, entretanto, nos últimos 10 anos, começaram a surgir evidências (através de várias publicações) que documentaram alguns efeitos colaterais relacionados ao uso crônicos de IBPs. Pacientes crônicos da DRGE apresentaram desde desordens nutricionais de magnésio e vitamina B12 até um aumento no risco de incidência de gastroenterites, diarréias, colite infecciosa por *Clostridium difficile*, osteoporose e fratura por fragilidade, lesão renal e demência (deficiência de vitamina B12 e acúmulo dos níveis de proteína beta amiloide no sistema nervoso central). É importante ressaltar que risco destas complicações citadas não é considerado alto, mas não muda o fato de que os pacientes devem receber a menor quantidade de dose possível dos IBPs, bem como avaliar a necessidade de outras opções terapêuticas, quando as opções farmacológicas e modificações de estilo de vida já foram exauridas ou não são mais uma opção viável para o paciente. (NASI, Ary. 2015 e SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018).

## CRITÉRIOS PARA O MANEJO CIRURGICO DA DRGE

Para a solicitação de exames complementares, temos alguns critérios, em pacientes com sintomas atípicos, com sinais de alarme (perda e peso, odinofagia, disfagia), com fatores de risco para esôfago de barret (sexo masculino, idade acima de 50 anos, obesidade, sintomas prolongados sem acompanhamento e refratário a terapia inicial (tratamento farmacológico). Assim solicitamos pHmetria de 24hrs convencional (índice de meester) ou impedanciometria (Tempo de exposição ácida >6% ou 4-6%+>80 episódios de refluxo em 24hrs) e a endoscopia a qual visualizamos a mucosa esofágica e a circunferência da transição esôfago gástrica, assim, procurando esofagite, hérnia hiatal, esôfago de barret e estenose péptica, nos casos de esofagite usamos a classificação de Los Angeles A,B,C e D para escalonarmos e classificarmos baseado no tamanho da erosão, sendo A: erosões <5mm não confluentes; B: erosões >5mm não confluentes; C: erosões confluentes em <75% da circunferência; D: erosões confluentes em >75% da circunferência, nos casos de hérnia como visualizamos a junção escamocolunar (circunferência

da transição esôfago gástrico) e a cura diafragmática, com isso, categorizamos como: Tipo 1: Hérnia hiatal por deslizamento (estômago vai para cima); Tipo 2: So o fundo gástrico esta sobre o diafragma; Tipo 3: Fundo e estômago esta sobre o diafragma; Tipo 4: Alem do fundo e estômago outras estruturas sobem por exemplo intestino. Sendo diagnosticado DRGE com esofagite C/D ou complicações por esôfago de barret e estenose peptica, porem as alterações menores não diagnostica porem não afasta o diagnóstico. (SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018 e GARG, Sushil K.; GURUSAMY, Kurinchi Selvan. 2015).

O manejo cirúrgico é indicado em situações onde o paciente apresenta efeitos colaterais, dificuldade a adesão e uso crônico ao tratamento medicamentoso, regurgitação, hérnia hiatal grande (>5cm) associada a sintoma esofágico, anormalidade da pHmetria com uso de altas doses medicamentosa e sintomas relacionadas a refluxo não-ácida em uso de dose máxima farmacológica, assim, o paciente que enquadra nesses parâmetros é indicado a cirurgia, porem antes de realizada o paciente precisa realizar uma manometria esofágica para descartar a doença de motilidade do esôfago (por exemplo acalasia) e pHmetria e endoscopia em casos de nunca terem realizado os exames ou uma não apresentação de anormalidade. (AZZAM, Rimon Sobhi.2018 e SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018 e GARG, Sushil K.; GURUSAMY, Kurinchi Selvan. 2015).

## MANEJO CIRÚRGICO E ENDOSCÓPICO

As técnicas cirúrgicas existentes, para os pacientes elegíveis, são funduplicatura laparoscópica, bypass gástrico, aumento do esfíncter esofágico e as mais modernas como terapias endoscópicas. A funduplicatura laparoscópica conhecida como técnica de nissen (funduplicatura 360°) via laparoscópica, sendo a mais comum para paciente com refluxos e correções de hérnias hiatais, criando uma válvula unidirecional com o fundo gástrico (superfície posterior) ao redor do esôfago distal; Tendo funduplicaturas parciais, sendo, técnica de toupet (funduplicatura posterior de 270°) e técnica de dor (anterior de 180°), sendo indicadas para com dismotilidade esofágica, por consequência da complicação da técnica de nissen (disfagia e sintomas obstrutivos), alguns sintomas como dor torácica, dificuldade de eructação e diarreia apresentam frequentemente (em

uma porcentagem de 30%) e sintomas tardios como hérnia paraesofágica (por resultado de uma acomodação “frouxidão” por tempo) porém a taxa de sucesso varia de 60-95% dos casos. Na técnica de bypass gástrico ou chamada de derivação intestinal Y de roux, muito utilizada em casos de pacientes obesos, por ter o objetivo de melhorar comorbidades e complicações da obesidade, suas indicações são pensadas quando a taxa de falha ou erro da funduplicatura é maior que o sucesso, assim a bypass gástrico é usada por ser segura e com poucas complicações. O LINX ou aumento do esfíncter esofágico é uma técnica nova e parte na utilização de anéis magnéticos de titânio por via laparoscopia para o aumento do esfíncter esofágico, tendo como disfagia sua única complicação por enquanto notificada, porém não é uma técnica tão utilizada por ter poucas descrições ao longo prazo com o uso dos anéis em nosso corpo. As terapias endoscópicas são técnicas recentes por via endoluminal e por serem menos invasivas gerando uma porcentagem de segurança maior vem substituindo as funduplicaturas, tendo duas técnicas as TIF (transoral incisionless fundoplication) ou EsophyX e a Stretta, a TIF ou funduplicatura transoral possui o objetivo de criar uma válvula mecânica no esfíncter esofágico inferior pela via endoscopia assim não necessita de incisão externa, reduzindo hérnias hirtais existentes; Já a Stretta partido princípio da radiofrequência no músculo liso na junção esôfago-gástrico, tendo uma invasão mínima resultando em poucos efeitos colaterais, são poucas utilizadas por serem métodos caros e poucos disponíveis no Brasil. (CORONEL, Martin Andrés et al. 2018 e MUTHUSAMY, V. Raman et al. 2015 e SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. 2018 e GARG, Sushil K.; GURUSAMY, Kurinchi Selvan. 2015).

### **3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Baseamos a revisão de literatura de forma a apresentar as formas de tratamento focando nos pacientes refratários ao tratamento clínico da DRGE, assim focamos nas técnicas cirúrgicas, buscando as novidades na área. Desta forma, realizamos uma pesquisa nas bases Scielo encontramos 4 artigos e PubMed encontramos 96 artigos para levantar informações sobre medidas terapêuticas, manejos e critérios relacionados a DRGE. Utilizamos “DRGE”, “manejo” e “cirurgia” como principais descritores, com o conectivo “e” entre os descritores para levantar

estudos nas bases já mencionadas. Seleccionamos artigos, com no máximo 15 anos deste o momento de sua publicação até a data deste estudo, sempre priorizando estudos mais recentes, sobre os aspectos gerais e as principais condutas para os pacientes portadores da DRGE, elaborando esta revisão de literatura. Inicialmente, foram seleccionados 30 artigos, porém 22 foram descartados por conta de sua data de publicação e por não conterem informações sobre condutas em pacientes refratários ao tratamento clínico da DRGE, o qual é um dos focos deste estudo. Dessa forma, este estudo contabiliza 10 estudos como base teórica, com critérios de seleção previamente delimitados, incluindo revisões sistemáticas de literatura, sendo uma delas uma meta-análise, e 1 guideline. Para atingir os objetivos foram adicionados posteriormente ao projeto de pesquisa mais 2 artigos, seleccionados na base de dados PubMed, com os descritores “GERD”, “management” e “surgery”, com o conectivo de adição "and" para incluir evidencias relacionadas as novidades sobre técnicas cirúrgicas e procedimentos endoscópicos da DRGE, totalizando assim uma revisão de literatura de 10 estudos. Este estudo não possui nenhum conflito de interesses seguindo os preceitos da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

#### **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Visando um melhor tratamento em pacientes refratários em DRGE, este trabalho foca nas principais soluções não farmacológicas, que se subdividem em três vias: a via cirúrgica, via endoscópica e a via de mudanças de hábitos de vida, a qual é necessária em qualquer fase da doença, independente do tipo de manejo. Assim, como a DRGE possui uma alta prevalência no mundo o numero de casos com complicações aumentam proporcionalmente, os quais, evidenciaram que o tratamento farmacológico o qual é utilizado como conduta para tratamentos de DRGE e tendo uma alta taxa de melhora, porem de 10-40% dos pacientes se inserem em quadros refratários portanto técnicas cirúrgicas veem evoluindo ao longo dos anos, buscando um

melhor prognóstico para os pacientes que possuem suas indicações, com técnicas de funduplicatura laparoscopia, bypass gástrico, aumento de esfíncter esofágico e terapias endoscópicas, diminuindo as complicações cirúrgicas, existem pacientes que podem ter uma DRGE agregada às hérnias de hiato volumosas, deste modo a cirurgia é a melhor opção para estes. Destarte, a compreensão do paciente sobre o sua enfermidade estar cem por cento afiliado ao sucesso do tratamento, onde os hábitos de vida como já evidenciado que é extremamente importante em todas as fases da moléstia, o enfoque na fisiologia humana logo solicitando e buscando alterações em suas ações no dia a dia que pioram os sinais e sintomas da doença e até gerando complicações pós cirúrgicas por não seguir as orientações prescritas como uma alimentação balanceada, horários de comer, evitando o tabagismo e etilismo, inclinação da cama.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise dos dados foi pautada nos aspectos das terapêuticas implementadas para o manejo da DRGE, desde os pacientes aptos ao tratamento clínico até aqueles que são refratários e podem se beneficiar de técnicas cirúrgicas ou endoscópicas, onde foram verificadas as características e vantagens a respeito de cada técnica implementada para análise. Após o levantamento das principais informações de cada estudo abordado aqui, foi feita uma análise descritiva da literatura e os resultados foram descritos nesta revisão de literatura, bem como reflexões que esta temática proporcionou.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO JUNIOR, Luiz João. Doença do refluxo gastroesofágico. **J. bras. med**, 2014.

AZZAM, Rimón Sobhi. Are the persistent symptoms to proton pump inhibitor therapy due to refractory gastroesophageal reflux disease or to other disorders?. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 55, p. 85-91, 2018.

BORTOLI, Victor Fajardo et al. Doença do refluxo gastroesofágico-uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 14245-14253, 2021.

CORONEL, Martín Andrés et al. The efficacy of the different endoscopic treatments versus sham, pharmacologic or surgical methods for chronic gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. **Arquivos de gastroenterologia**, v. 55, p. 296-305, 2018.

GARG, Sushil K.; GURUSAMY, Kurinchi Selvan. Laparoscopic fundoplication surgery versus medical management for gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, 2015.

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 27, n. 3, p. 210-215, 1990.

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 27, p. 210-215, 2014.

MUTHUSAMY, V. Raman et al. The role of endoscopy in the management of GERD. **Gastrointestinal endoscopy**, v. 81, n. 6, p. 1305-1310, 2015.

NASI, Ary. DRGE não responsiva a IBP: qual a conduta. **J Bras Med**, v. 103, p. 22-24, 2015.

SANDHU, Dalbir S.; FASS, Ronnie. Current trends in the management of gastroesophageal reflux disease. **Gut and liver**, v. 12, n. 1, p. 7, 2018.

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a Deus, Família e amigos por nos apoiarem, ajudarem e proporcionar nosso sonho se torna realidade, pois sem eles nada disso seria possível.

Agradecer a Uniceplac e professores que passaram em nossos caminhos os quais proporcionaram experiências profissionais e até pessoais como exemplos a serem seguidos, nos guiando quando nos não tínhamos caminhos para seguir; Mas principalmente nossa Professora orientadora Danielle, nosso co-orientador Dr. Alvaro e o Professor Caruso pois eles foram fundamentais na produção desse trabalho, os auxílios, dúvidas sanadas foram essenciais para nossa formação e formulação desse trabalho e de outros que iremos realizar ao longo da nossa formação acadêmica e vida profissional.

Por fim, a amizade a qual foi muito importante para nossas vidas, sendo o ponto chave da nossa vida em anos, meses, semanas, dias, horas, minutos e segundos em nossas vidas são únicos poder compartilhar com amigo de verdade tornou-se um turbilhão de problemas e lutas diárias mais leve, amizade criada por conta do curso mas a qual fez toda diferença, foi um presente que não estava escrito no edital do curso mas entrou para nosso livro da vida.