



Doença do Refluxo gastroesofágico (DRGE): Indicações para Cirurgia. Revisão Sistemática.

Anna Vitória Rios Miranda Rodrigues¹, Luiza da Conceição Sabadini², Bernardo Augusto Silva Dornelas³, Alice de Paiva Souza⁴, Júlia Corrêa Stagliório⁵, Gabriella Rodrigues Araujo⁶, Liz Ferreira Teixeira⁷, Maria Fernanda Ewerton Filgueira⁸, Amanda Pereira Borges⁹, Rafael Provete de Andrade¹⁰, Gabriella Lima Gomes¹¹, Antônio Guido da Silva Neto¹².

Resumo:

Objetivo: Identificar os problemas na alimentação infantil que apresentam associação com o refluxo gastroesofágico na infância. Revisão da literatura: O refluxo gastroesofágico (DRGE) é causado por diversos fatores e é uma disfunção crônica resultante do retorno do conteúdo do estômago para o esôfago. A exposição frequente do conteúdo estomacal no esôfago pode levar a um enfraquecimento do esfíncter esofágico inferior, que atua como uma barreira contra o refluxo. Assim, essa disfunção pode aumentar a propensão a episódios de relaxamento do esfíncter, levando ao aumento do risco de DRGE. Em crianças, o refluxo gastroesofágico é uma ocorrência natural, mas quando apresenta sintomas e complicações associadas, geralmente provenientes de problemas na alimentação, pode resultar no desenvolvimento de DRGE, que muitas vezes se manifesta através de sintomas como azia e regurgitação, afetando negativamente a qualidade de vida da criança e de sua família. Conclusão: A DRGE pode se manifestar de várias maneiras, causando uma ampla gama de sinais e sintomas dependendo da idade do paciente. Portanto, é essencial identificar os grupos de risco, seguir as diretrizes atualizadas e fornecer orientações sobre alimentação adequada, a fim de reduzir complicações e facilitar o diagnóstico.

Palavras-chave: Refluxo gastroesofágico, Pediatria, Nutrição da criança.

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): Indications for Surgery. Systematic Review.

Summary:

Objective: To identify problems in child nutrition that are associated with gastroesophageal reflux in childhood. Literature review: Gastroesophageal reflux (GERD) is caused by several factors and is a chronic dysfunction resulting from the return of stomach contents to the esophagus. Frequent exposure of stomach contents to the esophagus can lead to a weakening of the lower esophageal sphincter, which acts as a barrier against reflux. Thus, this dysfunction may increase the propensity for episodes of sphincter relaxation, leading to an increased risk of GERD. In children, gastroesophageal reflux is a natural occurrence, but when it presents associated symptoms and complications, generally arising from dietary problems, it can result in the development of GERD, which often manifests itself through symptoms such as heartburn and regurgitation, negatively affecting quality of life of the child and their family. Conclusion: GERD can manifest itself in several ways, causing a wide range of signs and symptoms depending on the patient's age. Therefore, it is essential to identify risk groups, follow updated guidelines and provide guidance on adequate nutrition in order to reduce complications and facilitate diagnosis.

Keywords: Gastroesophageal reflux, Pediatrics, Child nutrition.

Dados da publicação: Artigo recebido em 22 de Junho e publicado em 12 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-1717-1726>

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

O RGE é quando o conteúdo do estômago volta para o esôfago, podendo chegar até a boca e a faringe, com presença de gás ou líquido, podendo ou não ser acompanhado de regurgitação ou vômito. É comum em bebês e crianças ocorrer esse refluxo gastroesofágico de maneira natural.(DE MESQUITA KSFG, et al., 2018). A frequência com que ele surge, pode ocorrer episódios isolados de refluxo que não configuram uma patologia. É importante prestar atenção especial em pessoas que apresentam refluxo gastroesofágico semanalmente e de forma intensa, sendo assim o diagnóstico pode indicar a presença da doença do refluxo gastroesofágico.(DRGE) (SANTOS JPR, et al., 2020).

O problema do refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado como um distúrbio no esôfago, com o retorno frequente do conteúdo do estômago para o esôfago, além disso é identificado por meio de sintomas clínicos que podem ser diversos e não específicos, não se limitando apenas ao trato digestivo (SADOVSKY ADI, et al., 2017). No entanto, é fundamental diferenciar entre essas duas situações, uma vez que o tratamento médico é diferente para cada uma delas. Portanto, a distinção entre o refluxo gastroesofágico (RGE) e a doença do refluxo gastroesofágico é crucial.(DRGE) tem de ser feita pela história e exames clínicos minuciosos, que podem vir a determinar se o lactente carece ou não de intervenção terapêutica. Além disso há uma apreensão constante com a excessiva solicitação de exames e prescrições de medicamentos para lactentes saudáveis que apontam regurgitações não ocasionadas pela DRGE (SOARES ACF, et al., 2015).

No entanto a etiopatogenia da DRGE é relativa a diversos fatores, pois a exposição crônica da mucosa esofágica ao conteúdo gastroduodenal é conseguinte do defeito de um ou mais mecanismos de defesa do esôfago, podendo ser por conta da barreira antirrefluxo, dos mecanismos de depuração ou até mesmo dos mecanismos de resistência que estão presentes no epitélio esofágico (CASTELÃO FN, 2018). A gravidade da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) está relacionada à quantidade de líquido que retorna para o esôfago, ao tempo que a secreção permanece em contato com a parede interna, à sensibilidade dessa parede ao refluxo e à capacidade do esôfago de fazer o suco gástrico retornar para o estômago. (ROSEN R, et al., 2018).

Ademais, a RGE é uma condição quase universal em bebês prematuros, sendo frequentemente diagnosticada na unidade de terapia intensiva neonatal (EC EICHENWALD, et al., 2018). Durante os primeiros seis meses de vida do bebê, os episódios de vômito e regurgitação são mais frequentes, sendo considerados como um quadro de refluxo normal (ACF SOARES, et al., 2015). Vale ressaltar que o refluxo é mais perceptível em crianças do que em adultos, devido ao desenvolvimento do

esfíncter esofágico, o que leva a episódios de regurgitação mais de uma vez ao dia em crianças e recém-nascidos (FN CASTELÃO, 2018). Além disso, os sintomas clínicos variam de acordo com a faixa etária, com manifestações distintas em lactentes, crianças e adolescentes, sendo os sintomas mais comuns a azia e regurgitação, embora outras condições como úlceras pépticas, gastrites e até mesmo neoplasias possam apresentar sintomas semelhantes.(SADOVSKY ADI, et al., 2017).

As questões relacionadas à alimentação representam a principal razão para consultas em pediatria e gastroenterologia pediátrica, o que torna este assunto extremamente importante no campo acadêmico e profissional da saúde. Essas questões podem resultar em impactos negativos na qualidade de vida, devido à alimentação/nutrição inadequada, afetando o desenvolvimento físico e mental das crianças.(VIEIRA SCF,2019). Além disso, a perturbação alimentar pode estar ou não associada a uma condição específica de saúde, podendo ser influenciada por diversos fatores que contribuem para esses distúrbios alimentares, incluindo aspectos sociais, comportamentais e econômicos. Portanto, é importante investigar os sinais apresentados pelo paciente, sendo os sintomas mais frequentes a falta de apetite durante as refeições, a ingestão rápida de alimentos e/ou crianças que consomem algo inadequado antes das refeições, o que pode resultar na perda de apetite.(CHOI YJ, et al., 2016).

Assim, o presente estudo visa analisar os impactos da dieta infantil em relação à doença do refluxo gastroesofágico na fase da infância. O refluxo, que é comum nesse período, ocorre de maneira natural nos primeiros anos de vida devido a diversos fatores, como a imaturidade do sistema digestivo, os hábitos alimentares e posturais que prejudicam os mecanismos antirrefluxo e favorecem o desenvolvimento da DRGE. Além disso, a pesquisa apontou a dificuldade no diagnóstico devido à variedade de sintomas em diferentes faixas etárias, o que muitas vezes leva a um diagnóstico incorreto e representa um risco para a saúde da criança.

Classificação do Refluxo Gastroesofágico

O refluxo gastroesofágico (RGE) é caracterizado pela volta involuntária do conteúdo para o esôfago, podendo ser classificado como fisiológico ou patológico. O refluxo gastroesofágico fisiológico é mais frequente em crianças pequenas, como bebês, e se manifesta principalmente através de regurgitações ou "golfadas". Já em indivíduos mais velhos e adultos, pode ocorrer após a alimentação, no chamado período pós-prandial.(FRAGA PL e MARTINS FSC, 2017; DE MATOS NL, 2017).

O refluxo gastroesofágico (RGE) patológico, conhecido também como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), é caracterizado pela persistência das regurgitações e vômitos por mais de 6 meses de vida. Além disso, pode haver ausência de melhora

com tratamento medicamentoso e medidas posturais, levando ao surgimento de sinais e sintomas de esofagite. (FRAGA PL e MARTINS FSC, 2017; DE MATOS NL, 2017).

Epidemiologia e etiologia

Ainda não há dados numéricos suficientes sobre o Refluxo Gastroesofágico (RGE) infantil na área da pediatria, pois as informações epidemiológicas disponíveis inicialmente se baseiam principalmente na história clínica do paciente, destacada apenas pelos sinais e sintomas (SILVA LR, et al., 2017).

É importante ressaltar que o RGE é considerado patológico quando gera sintomas e impacta negativamente na qualidade de vida da criança. Portanto, percebe-se que a falta de compreensão sobre o RGE leva a diagnósticos insuficientes, o que pode resultar em complicações sérias para a saúde da criança. No entanto, é comum que o refluxo fisiológico ocorra com frequência em lactentes, já que se trata de um distúrbio gastrointestinal temporário que está relacionado com a maturação do sistema digestivo durante o primeiro ano de vida. (SADOVSKY ADI, et al., 2017).

É importante ressaltar que, de acordo com pesquisas abrangentes, existe um grupo específico de crianças com maior probabilidade de desenvolver a DRGE, tais como: crianças com paralisia cerebral; aquelas que passaram por cirurgia corretiva da atresia esofágica; crianças com hérnia de hiato ou aquelas que fazem uso de certos medicamentos, como os anticolinérgicos, bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepínicos e dopamina. (CASTELÃO FN, 2018).

Etiopatogenia e Fisiopatologia

Anatomicamente, o nosso corpo possui uma proteção contra refluxo formada pelo esfíncter esofágico inferior (EEI), pela pressão do diafragma e pelo ângulo de His, localizados na conexão entre o esôfago e o estômago. Essa defesa tem a função de evitar que o conteúdo gástrico retorne para o esôfago. No entanto, quando certos fatores favorecem o relaxamento temporário do esfíncter esofágico inferior (RTEEI) fora das situações de deglutição, aumenta o risco de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). É importante destacar que o relaxamento do RTEEI é normal após engolir, já que é um reflexo natural que ocorre após a distensão do estômago, controlado pelo sistema nervoso autônomo. Quando existe uma falha nesse mecanismo de proteção do esôfago, a DRGE pode surgir a DRGE. (DE MATOS NL, 2017; ROSEN R, et al., 2018).

A expansão do estômago é o principal fator desencadeante do Refluxo Gastroesofágico em lactentes. Na fisiopatologia do refluxo em bebês, a quantidade de alimento ingerida é maior, o que leva a uma maior distensão gástrica. Além disso, os bebês passam mais tempo deitados, o que faz com que a ausência de gravidade favoreça o refluxo, juntamente com a falta de tonicidade do esfíncter esofágico

superior durante o sono, permitindo que, às vezes, o refluxo atinja as vias respiratórias. Além disso, os bebês apresentam mecanismos de barreira antirrefluxo imaturos, já que o esfíncter esofágico inferior é curto e tem baixa pressão, e o ângulo de His e o hiato esofágico são menos eficazes. (PIMENTA JR, et al., 2016; GULATI IK e JADCHERLA SR, 2019).

Manifestações clínicas

Os sinais clínicos do refluxo variam entre lactentes, crianças e adolescentes. Em lactentes, os sintomas predominantes são regurgitações frequentes, que podem ser acompanhadas por vômitos, recusa alimentar, dificuldade de ganhar peso, alterações no sono, alguns indícios de dificuldade para engolir, irritabilidade e apneia (SADOVCKY ADI, et al., 2017). Estes sintomas, como as regurgitações, podem manifestar-se em qualquer fase da vida, mas são mais perceptíveis por volta dos 4 meses, diminuindo por volta dos 6 meses e apresentando melhora expressiva entre 12 e 15 meses de idade (PIMENTA JR, et al., 2016).

Já em crianças e adolescentes, os sintomas são similares aos dos adultos, incluindo dor abdominal na região do epigástrio, azia no peito, náusea pela manhã, vômitos e arrotos excessivos. Além disso, podem ocorrer dificuldade para engolir, dor ao engolir e agitação durante o sono. Em ambas as faixas etárias, é possível haver anemia e perda de peso (SADOVCKY ADI, et al., 2017).

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode estar relacionada a problemas respiratórios, tais como dificuldade para respirar, voz rouca, inflamação da laringe recorrente, tosse, contrações nos brônquios, dificuldade respiratória com baixo nível de oxigênio no sangue, batimentos cardíacos lentos, pele azulada, episódios que colocam a vida em risco, infecções pulmonares, inalação de conteúdo estomacal, inflamações recorrentes no ouvido e asma de difícil controle. Além disso, é possível haver também mudanças no comportamento neurológico associadas à DRGE, como irritabilidade, distúrbios do sono e a síndrome de Sandifer, caracterizada pela observação de uma postura anormal da cabeça.

É essencial ressaltar a relevância de estar atento aos sinais de alarme durante a análise clínica. Desta maneira, é viável detectar de forma precoce possíveis complicações da DRGE e, assim, diferenciar enfermidades associadas que podem manifestar os mesmos sinais e sintomas da DRGE. Portanto, é crucial observar os seguintes indícios: irritabilidade, rejeição à alimentação, postura anormal do pescoço, refluxo frequente com ou sem vômito, azia, desconforto no peito, dor na região epigástrica, presença de sangue no vômito, dificuldade para engolir, dor ao engolir, respiração ofegante, ruído ao respirar, tosse e rouquidão. (ROSEN R, et al., 2018).

Diagnóstico

A detecção do refluxo do conteúdo gástrico para o estômago não necessariamente significa que o paciente tenha DRGE (BURNS DAR, et al., 2017). Por isso, o diagnóstico é iniciado a partir do histórico médico do paciente. Em crianças pequenas, episódios de regurgitação sem outros sintomas sugerem que se trata de refluxo gastroesofágico fisiológico. Já a presença de sintomas adicionais, como choro constante, irritabilidade, broncoespasmo persistente, indica refluxo gastroesofágico patológico. A análise detalhada da história clínica e um exame físico minucioso podem ajudar a identificar o paciente com doença do refluxo gastroesofágico, no entanto, em casos suspeitos, exames como endoscopia e monitoramento do pH são essenciais para confirmação. (BAIRD DC, et al., 2015; DE MATOS NL, 2017).

Os procedimentos para diagnóstico precisam ser cuidadosamente ponderados, levando em conta as limitações e potenciais de cada um e evitando expor os pacientes, especialmente crianças, a testes invasivos, caros e inadequados. Por exemplo, a realização de uma radiografia com contraste do esôfago, estômago e duodeno é um exame de baixo custo e de execução simplificada, porém não é apropriada para diagnosticar doença de refluxo, uma vez que não consegue quantificar os episódios de refluxo, assim como a ultrassonografia esofagogástrica não é recomendada, sendo mais útil no diagnóstico diferencial de estenose hipertrófica do piloro (SILVA LR, et al., 2018; BURNS DAR, et al., 2017).

Além disso, há a opção da manometria esofágica, que avalia a motilidade do esôfago, sendo mais indicada para pacientes com disfagia e odinofagia. Também pode ser considerado um teste terapêutico empírico com inibidores de ácido, mas apenas em crianças mais velhas e adolescentes. (BURNS DAR, et al., 2017).

As melhores opções de exames a serem realizados incluem a endoscopia digestiva alta com biópsia, recomendada para situações de sintomas persistentes e complicações da DRGE, juntamente com a pHmetria esofágica, nos casos em que a endoscopia não detectar anormalidades e os sintomas persistirem mesmo com o uso de inibidores de bomba de prótons. Outro método eficaz é a impedanciometria esofágica intraluminal, que, por ser mais preciso, pode ser mais vantajoso do que a pHmetria ao avaliar a quantidade e qualidade do material refluído. (SILVA LR, et al., 2018; BURNS DAR, et al., 2017).

Na maioria dos casos envolvendo pacientes pediátricos, como bebês e crianças, o uso de exames de imagem não é aconselhável, sendo necessário considerar a gravidade e os sintomas presentes. Entretanto, em situações de problemas clínicos associados que aumentam a probabilidade de certas doenças, como asma, fibrose cística, problemas respiratórios e tosse crônica, a realização desses exames pode ser recomendada. Portanto, os testes diagnósticos são essenciais para distinguir entre o refluxo normal e o anormal, e também para identificar a presença de refluxo

gastroesofágico ou suas complicações, a fim de determinar o tratamento mais eficaz para o paciente.(PIMENTA JR, et al., 2016; BURNS DAR, et al., 2017).

Tratamento

O tratamento para DRGE deve ser analisado de forma específica para cada caso e idade. Em bebês, a regurgitação tende a decrescer até o 12 mês de vida na maioria dos casos. Logo, o tratamento baseia-se em mudar a posição da criança quando está acordada, diminuir o volume de alimentação oferecida ou até mesmo considerar o uso de espessantes. Já em bebês que ainda são amamentados, a indicação é a retirada do leite e ovo da dieta da mãe, uma vez que esses alimentos estão muito relacionados à ocorrência dos sintomas (BAIRD DC, et al., 2015).

Para diminuir os sinais e sintomas do refluxo em lactentes, é recomendado que eles permaneçam em posição vertical por 20 a 30 minutos após a mamada e, durante o sono, que fiquem deitados de costas com a cabeça elevada. Além disso, é aconselhável evitar roupas apertadas, trocar as fraldas antes de amamentar e não permitir a exposição ao tabaco, pois isso pode relaxar o esfíncter esofágico inferior e afetar a saúde respiratória da criança. Em crianças e adolescentes, é importante melhorar os hábitos alimentares, perder peso, não se alimentar tarde, dormir com a cabeça elevada e evitar o consumo de álcool e tabaco. O uso de medicamentos como antagonistas do receptor H2 da histamina e inibidores da bomba de prótons pode ser indicado, e o tratamento cirúrgico é uma opção em casos de falha do tratamento medicamentoso.(BAIRD DC, et al., 2015).

Outras alterações sugeridas nos padrões de alimentação incluem reduzir o consumo de bebidas gaseificadas e com cafeína, assim como de alimentos com alto teor de gordura, como alimentos fritos. Esses tipos de alimentos podem resultar na redução da pressão no esfíncter esofágico inferior e no tempo de esvaziamento gástrico, o que poderia levar a uma intensificação dos sintomas da DRGE.(SADOVCKY ADI, et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidenciou que o refluxo é comum e ocorre de forma fisiológica nas crianças, especialmente no 1º ano de vida, devido à imaturidade funcional do sistema digestório, hábitos alimentares e posturais que prejudicam a competência dos mecanismos antirrefluxo, deixando-as mais propensas a desenvolverem a DRGE. Foi identificado que é desafiador diagnosticar a DRGE devido à variedade de sintomas em diferentes faixas etárias. Os problemas de alimentação causados por essa condição podem incluir queimação, vômitos, distúrbios do sono e regurgitação, além de úlceras e perda de peso considerável. Isso pode levar a um subdiagnóstico e colocar a saúde da criança em perigo.

REFERÊNCIAS

- BAIRD DC, et al. Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux in Infants and Children. American family physician, 2015; 92(8): 705-714.
- BORODINA G, MOROZOV S. Children with gastroesophageal reflux disease consume more calories and fat compared to controls of the same weight and age. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2020; 70(6): 808-814.
- BURNS DAR, et al. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, Volume 1; São Paulo: Manole; 2017; 712p.
- CASTELÃO FN. Doença do refluxo gastroesofágico em idade pediátrica. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018; 27p.
- CHOI YJ, et al. Dietary habits and gastroesophageal reflux disease in preschool children. Korean journal of pediatrics. 2016; 59(7): 303- 307.
- DE MATOS NL. Refluxo gastroesofágico no primeiro ano de vida: fisiológico ou patológico? Dissertação (Especialização em Gastroenterologia Pediátrica) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017; 44p.
- DE MESQUITA KSFG, et al. Manifestações orais da doença da doença do refluxo gastroesofágico em crianças. Revista Uningá, 2018; 55(2): 14-23.
- EICHENWALD EC. et al. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux in preterm infants. Pediatrics, 2018;142(1): 1-11.
- FERREIRA CT et al. Doença do refluxo gastroesofágico: exageros, evidências e a prática clínica. Jornal Pediátrico, 2014; 90(2): 105-117.
- FRAGA PL, MARTINS FSC. Doença do Refluxo Gastroesofágico: uma revisão de literatura. Cadernos UniFOA, 2017;18(7): 93-99.
- GULATI IK, JADCHERLA SR. Gastroesophageal Reflux Disease in the Neonatal Intensive Care Unit Infant: Who Needs to Be Treated and What Approach Is Beneficial?. Pediatr Clin North Am. 2019; 66(2): 461-473.
- NORTON RC, PENNA FJ. Refluxo gastroesofágico. Jornal de pediatria, 2000; 76(2): 1-7.
- PIMENTA JR, et al. Refluxo gastroesofágico. Revista. Médica de Minas Gerais, 2016; 26(6): 76-81.
- PODDAR U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. Paediatrics and international child health, 2019; 39(1): 7-12.
- ROSEN R, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines. Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition, 2018; 66(1): 516-554.