



Refluxo laringofaríngeo em adultos: avaliação, diagnóstico e tratamento

Maria Paula Borges Mazeto Paiva¹, Nariman Mohamad Abdel Salam Suleiman², Arthur Oliveira Vilela de Faria³, Gabriella Caroline Barbosa Remigio⁴



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p804-821>

Artigo recebido em 18 de Agosto e publicado em 08 de Outubro

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: O refluxo laringofaríngeo (LPR) é definido pelo refluxo do conteúdo gástrico na laringofaringe. Embora haja uma ligação subjacente entre a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e a LPR, uma vez que o refluxo deve atravessar o esôfago para alcançar a laringofaringe, é o dano aos tecidos e o desencadeamento de sintomas clínicos específicos que os diferenciam. Os sintomas mais comuns incluem rouquidão, limpeza recorrente ou persistente da garganta, excesso de muco na garganta, disfagia, tosse pós-prandial ou reclinada e globo ou sensação persistente de corpo estranho.

Objetivos: discutir a avaliação e o manejo do refluxo laringofaríngeo em adultos. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores "Laryngopharyngeal reflux", "Adults" and "Assessment". Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 88), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Existem duas abordagens concorrentes para o diagnóstico de LPR. O primeiro usa tratamento empírico e depende da resposta do paciente à terapia; a segunda abordagem envolve testes específicos de LPR antes do início da terapia. Não há consenso sobre a melhor abordagem para todos os pacientes. A abordagem de tratamento empírico tende a ser mais apropriada para pacientes com sintomas não graves e em pacientes jovens, de outra forma saudáveis. Em pacientes com sintomas mais graves e aqueles com histórias médicas mais complexas, normalmente preferimos testar antes de iniciar a terapia, pois pode oferecer informações que podem ajudar a individualizar o tratamento. Geralmente, oferecemos ambas as opções aos pacientes e nos envolvemos em uma tomada de decisão clínica compartilhada para determinar a abordagem preferida. A maioria dos pacientes opta pela abordagem empírica, pois o teste para LPR pode ser desconfortável e muitas vezes pode estar associado ao aumento dos custos diretos. Para maior especificidade e para descartar outra patologia, particularmente em pacientes em que o diagnóstico é incerto com base na avaliação clínica, a laringoscopia é geralmente realizada. Para todos os pacientes com sintomas de LPR não graves ou LPR leve no teste, sugerimos modificações iniciais na dieta e no estilo de vida, em vez de terapia medicamentosa. Para pacientes com sintomas de LPR que não são controlados com um ensaio de modificação da dieta e estilo de vida, e para pacientes com sintomas mais graves ou com evidência

de LPR grave no teste, sugerimos a adição de inibidor da bomba de prótons (IBP) em vez de outros medicamentos. Não há consenso sobre a dosagem ideal de IBP, mas preferimos o início da terapia com dosagem uma vez ao dia com a opção de aumentar para aumentar a dosagem duas vezes ao dia, dependendo da resposta do paciente. Os pacientes são atendidos em acompanhamento aos três meses para avaliar sua resposta ao tratamento. Para pacientes que estão livres de sintomas, descontinuamos o IBP e aconselhamos a continuação indefinida do estilo de vida e das modificações alimentares; Para pacientes que permanecem levemente sintomáticos na terapia de PPI uma vez ao dia, realizamos a laringoscopia (se ainda não tiver sido feita), continuamos a terapia atual com a IBP por mais dois a três meses e, em seguida, tentamos novamente a descontinuação do IBP; Para pacientes que permanecem moderadamente a severamente sintomáticos na terapia IBP uma vez ao dia, realizamos laringoscopia (se ainda não tiver sido feita), aumentamos a IBP para duas vezes ao dia e, muitas vezes, adicionamos um bloqueador de histamina 2 (H2) para ser tomado na hora de dormir. Pacientes que continuam a ter sintomas graves e refratários de LPR na terapia de IBP e aqueles que não conseguem desmamar a terapia de IBP são encaminhados para consideração de manejo intervencionista. **Conclusão:** Embora muitos desses sintomas sejam inespecíficos, eles devem desencadear preocupação com o refluxo laringofaríngeo, particularmente se esses sintomas forem experimentados juntos e/ou se o paciente tiver sintomas associados de DRGE (azia, dispepsia) ou gosto azedo ocasional na boca.

Palavras-chave: Refluxo laringofaríngeo, Adultos, Avaliação.

Laryngopharyngeal reflux in adults: evaluation, diagnosis and treatment

ABSTRACT

Introduction: Laryngopharyngeal reflux (LPR) is defined by the reflux of gastric contents into the laryngopharynx. Although there is an underlying link between gastroesophageal reflux disease (GERD) and LPR, since reflux must traverse the esophagus to reach the laryngopharynx, it is the tissue damage and triggering of specific clinical symptoms that differentiate them. The most common symptoms include hoarseness, recurrent or persistent clearing of the throat, excess mucus in the throat, dysphagia, postprandial or recumbent cough, and persistent globus or foreign body sensation. **Objectives:** discuss the assessment and management of laryngopharyngeal reflux in adults. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors "Laryngopharyngeal reflux", "Adults" and "Assessment". Articles from 2019-2024 (total 88) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** There are two competing approaches to the diagnosis of LPR. The first uses empirical treatment and depends on the patient's response to therapy; The second approach involves specific LPR testing before initiating therapy. There is no consensus on the best approach for all patients. The empirical treatment approach tends to be more appropriate for patients with non-severe symptoms and in young, otherwise healthy patients. In patients with more severe symptoms and those with more complex medical histories, we typically prefer testing before initiating therapy as it can offer information that can help individualize treatment. We generally offer both options to patients and engage in shared clinical decision making to determine the preferred approach. Most patients opt for the empirical approach as testing for LPR can be uncomfortable and can often be associated with increased direct costs. For greater specificity and to rule out other pathology, particularly in patients in whom the diagnosis is uncertain based on clinical assessment, laryngoscopy is usually performed. For all patients with non-severe LPR symptoms or mild LPR on trial, we suggest initial dietary and lifestyle modifications rather than drug therapy. For patients with LPR symptoms that are not controlled with a diet and lifestyle



modification trial, and for patients with more severe symptoms or with evidence of severe LPR on trial, we suggest adding a proton pump inhibitor (PPI) instead of other medicines. There is no consensus on optimal PPI dosing, but we prefer initiation of therapy with once-daily dosing with the option of increasing to twice-daily dosing depending on patient response. Patients are seen for follow-up at three months to assess their response to treatment. For patients who are symptom-free, we discontinue the PPI and advise indefinite continuation of lifestyle and dietary modifications; For patients who remain mildly symptomatic on once-daily PPI therapy, we perform laryngoscopy (if it has not already been done), continue current PPI therapy for an additional two to three months, and then retry discontinuation of the PPI. For patients who remain moderately to severely symptomatic on once-daily PPI therapy, we perform laryngoscopy (if it has not already been done), increase PPI to twice daily, and often add a histamine 2 (H2) blocker to be taken at bedtime. Patients who continue to have severe and refractory LPR symptoms on PPI therapy and those who are unable to wean from PPI therapy are referred for consideration of interventional management. **Conclusion:** Although many of these symptoms are nonspecific, they should trigger concern about laryngopharyngeal reflux, particularly if these symptoms are experienced together and/or if the patient has associated symptoms of GERD (heartburn, dyspepsia) or an occasional sour taste in the mouth.

Keywords: Laryngopharyngeal reflux, Adults, Assessment.

Instituição afiliada -1 -Médica, Universidade Anhembi Morumbi- SP; 2 -Médica, Universidade Católica de Pelotas - UCPEL; 3- Médico, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUCMINAS;4- Médica, Universidade Prof. Edson Antônio Velano - Unifenas - Campus Alfenas.

Autor correspondente: *Maria Paula Borges Mazeto Paiva* – cmaganhinmed@gmail.com

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

INTRODUÇÃO

O refluxo laringofaríngeo (RLF) refere-se ao refluxo do conteúdo gástrico para a faringe através do esôfago. Embora o conceito de RLF tenha sido introduzido pela primeira vez no final da década de 1960 e início da década de 1970 por meio de uma série de artigos clínicos e experimentos que descreveram uma variedade de manifestações de cabeça e pescoço da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) [1-7], o termo “refluxo laringofaríngeo” não foi cunhado até a década de 1990 [8,9]. Há um consenso crescente de que o RLF é responsável por uma variedade de distúrbios que afetam o trato aerodigestivo superior, incluindo disfonia, disfagia orofaríngea, globus e lesões laríngeas benignas [8-12]. O RLF também desempenha um papel em alguns distúrbios das vias aéreas inferiores, como asma, pneumonia e bronquiectasia [9,13],

O refluxo laringofaríngeo (RLF) é definido pelo refluxo do conteúdo gástrico para a laringofaringe. Embora as manifestações da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e do RLF sejam diferentes, há uma ligação subjacente entre as duas, uma vez que o refluxo deve atravessar o esôfago para atingir a laringofaringe. Embora tanto o DRGE quanto o RLF estejam relacionados ao refluxo inapropriado do conteúdo gástrico, é o dano aos tecidos e o desencadeamento de sintomas clínicos específicos que os diferenciam [1-5].

Qualquer coisa que aumente a quantidade ou frequência do refluxo aumenta a probabilidade de que o refluxo alcance e machuque os tecidos extraesofágicos. Por exemplo, a presença de dismotilidade esofágica tem sido associada a sintomas e achados mais graves de LPR e DRGE [6-10]. Semelhante à DRGE, o papel do *Helicobacter pylori* na fisiopatologia do LPR não é claro, embora sua presença tenha sido observada em vários estudos [11].

O conteúdo gástrico refluído tem efeitos diretos sobre os tecidos da laringe e faringe; o refluxo contém várias enzimas digestivas, ácido e, dependendo da função do esfíncter duodenal, bile. A pepsina, uma potente enzima proteolítica presente no refluxo, é mais ativa em pH 4,0 ou abaixo dele [12]. Após o refluxo, no entanto, a pepsina



pode permanecer nos tecidos laríngeos/faríngeos por horas; foi demonstrado em estudos in vitro que a pepsina pode ser endocitada, existindo intercelularmente onde pode causar danos celulares mesmo em um ambiente não ácido [13]. A bile, se presente, aumenta o pH do refluxo, mas também contém enzimas/agentes adicionais que podem danificar o tecido.

Embora o esôfago tenha vários mecanismos para protegê-lo de lesões relacionadas ao refluxo, tais defesas teciduais estão ausentes nos tecidos laríngeos/faríngeos. O epitélio esofágico secreta uma camada de muco, secreções alcalinas e outras substâncias protetoras que ajudam a prevenir lesões nas camadas de tecido subjacentes. Além disso, o epitélio esofágico contém junções estreitas e é estratificado (escamoso estratificado) para reduzir a entrada de ácido e enzimas nas células da superfície ou camadas mais profundas. Existem também mecanismos celulares ativos para limpar o hidrogênio intraepitelial e neutralizar o ácido com bicarbonato [14].

Em contraste, o epitélio laríngeo (com exceção das pregas vocais verdadeiras) consiste em epitélio colunar pseudoestratificado, que é mais suscetível a lesões ácidas e enzimáticas. Quando os tecidos laríngeos/faríngeos são expostos à pepsina, particularmente em um ambiente ácido, o tecido mucoso é danificado. Isso explica por que os pacientes podem ter danos graves ao tecido devido ao LPR, enquanto demonstram pouca ou nenhuma anormalidade no esôfago [16 -20].

Muitas manifestações extraesofágicas da doença do refluxo são devidas ao refluxo que desencadeia reflexos vagais. Por exemplo, estudos demonstraram que ácido infundido no esôfago distal pode desencadear hiperresponsividade das vias aéreas [21,22]. Esta é a base para a relação entre asma e DRGE. Na laringe, este tipo de reflexo vagal desencadeado pode ter várias manifestações, incluindo tosse, laringoespasma e distúrbio de movimento paradoxal das pregas vocais.

Ressalta-se o objetivo em discutir a avaliação e o manejo do refluxo laringofaríngeo em adultos.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre a avaliação e o manejo do refluxo laringofaríngeo, com os seguintes descritores "Laryngopharyngeal reflux", "Adults" AND "Assessment", com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a gastroenterologia, com referências teóricas em caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com descritores em inglês "Laryngopharyngeal reflux", "Adults" AND "Assessment", e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 88 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O refluxo laringofaríngeo (LPR) é definido pelo refluxo do conteúdo gástrico para a laringofaringe. Embora haja uma ligação subjacente entre a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e o LPR, uma vez que o refluxo deve atravessar o esôfago para atingir a laringofaringe, é o dano aos tecidos e o desencadeamento de sintomas clínicos específicos que os diferenciam.

O diagnóstico de refluxo laringofaríngeo (LPR) deve ser suspeitado com base na apresentação clínica do paciente.

- Manifestações clínicas

Pacientes com LPR podem apresentar uma variedade de sintomas com base nos efeitos no trato aerodigestivo superior; os sintomas de LPR podem ser inespecíficos e se sobrepor a outras condições que podem causar sintomas semelhantes.

Os sintomas mais frequentemente relatados de LPR incluem rouquidão, pigarro recorrente ou persistente, excesso de muco na garganta, disfagia, tosse pós-prandial ou reclinada e globus ou sensação persistente de corpo estranho. Embora muitos desses

sintomas sejam inespecíficos, eles devem desencadear preocupação com LPR, particularmente se esses sintomas forem experimentados juntos e/ou o paciente tiver sintomas associados à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) (azia, dispepsia) ou gosto amargo ocasional na boca.

Embora tanto o LPR quanto o DRGE envolvam o refluxo do conteúdo gástrico, pacientes com LPR e DRGE têm manifestações clínicas diferentes. Pacientes com LPR geralmente têm queixas de garganta e voz, enquanto pacientes com DRGE relatam principalmente sintomas torácicos e abdominais. Como LPR e G DRGE são distúrbios relacionados, pacientes com sintomas de DRGE devem ser questionados sobre os sintomas de LPR.

- **Sintomas das vias aéreas** – Os pacientes podem apresentar sintomas das vias aéreas relacionados aos seguintes distúrbios, todos os quais foram associados ao LPR [23-26]:

- **Estenose subglótica** – Pacientes com estenose subglótica apresentam estridor persistente, bifásico (inspiratório e expiratório), que está relacionado ao estreitamento das vias aéreas imediatamente inferiores às pregas vocais. Esse distúrbio tem sido associado ao LPR, que pode ser um fator contribuinte mesmo entre pacientes diagnosticados com estenose subglótica idiopática [12]. O tratamento da estenose subglótica geralmente requer tratamento cirúrgico [12].

- **Transtorno paradoxal do movimento das pregas vocais** – Pacientes com transtorno paradoxal do movimento das pregas vocais geralmente apresentam episódios intermitentes de dispneia, que podem ser acompanhados por estridor inspiratório e sensação de falta de ar. Eles também podem apresentar aperto na garganta episódico, disfonia, tosse ou disfagia [27,28]. Os sintomas geralmente são desencadeados por episódios de refluxo.

- **Laringoespasma recorrente** – Pacientes com laringoespasma recorrente frequentemente apresentam obstrução completa intermitente das vias aéreas superiores relacionada a episódios de refluxo, resultando em curtos períodos de estridor bifásico e afonia (incapacidade de vocalizar) [29,30]. Os episódios podem ser desencadeados pelo efeito direto do refluxo nos receptores sensoriais laríngeos,

causando disparo reflexo dos músculos adutores laríngeos intrínsecos, resultando no fechamento da glote para proteger as vias aéreas inferiores.

- **Tosse crônica** – A tosse crônica pode ser desencadeada por efeitos diretos do refluxo na laringofaringe, por meio de microaspiração para os pulmões ou por meio de reflexos vagais, causando hiperresponsividade das vias aéreas.

- **Voz e disfagia** – O LPR pode estar associado à rouquidão, disfonia e, em alguns pacientes, disfagia. Não há estatísticas confiáveis quanto à prevalência desses sintomas na população com LPR, pois a definição de LPR varia em muitos estudos e esses sintomas são bastante inespecíficos. É importante observar, no entanto, que esses sintomas nem sempre devem ser atribuídos ao LPR sem uma avaliação mais aprofundada, pois há outras causas potencialmente sérias desses sintomas que justificam uma avaliação mais aprofundada.

- **Sintomas adicionais** – LPR tem sido associado à sinusite crônica, otite média crônica e asma, embora faltem evidências que sustentem a causalidade [31-33].

- **Exame físico** - Muitos dos achados físicos do LPR envolvem a faringe e a laringe e não podem ser adequadamente avaliados em exames de rotina à beira do leito. No entanto, a hipertrofia linfoide ao longo das paredes faríngeas pode ser identificada.

- **Diagnóstico**

Existem duas abordagens concorrentes para o diagnóstico de refluxo laringofaríngeo (LPR). A primeira usa tratamento empírico e depende da resposta do paciente à terapia; a segunda abordagem envolve testes específicos de LPR antes do início da terapia. Não há consenso sobre a melhor abordagem para todos os pacientes.

Existem poucos estudos comparando as diferentes abordagens diagnósticas para diagnosticar LPR [34,35]. A abordagem de teste primeiro permite uma abordagem mais personalizada ao tratamento, evita medicamentos desnecessários e, em alguns casos, pode ser mais econômica. Por outro lado, o tratamento empírico evita testes desconfortáveis e, além disso, não há critérios de teste amplamente aceitos para o diagnóstico definitivo de LPR. Uma pesquisa com profissionais de otorrinolaringologia demonstrou que a maioria tende a usar a abordagem empírica [36].

Embora seja razoável oferecer tratamento empírico em pacientes que apresentam uma constelação de sintomas de LPR, incluindo rouquidão, pigarro recorrente, excesso de muco na garganta, tosse pós-prandial ou reclinada e sensação de globo, concordamos com as diretrizes da Academia Americana de Cirurgiões de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço (AAOHNS), que faz uma forte recomendação contra o tratamento empírico de LPR para pacientes com rouquidão isolada sem visualização da laringe [37]. Isso se deve à preocupação com a falta de patologia laríngea significativa que pode causar disfonia. Vários estudos demonstram uma alta taxa de patologia não identificada, incluindo cânceres laríngeos, em pacientes inicialmente diagnosticados com LPR [38-40]. É importante notar que, nesses estudos, uma patologia laríngea mais específica foi identificada quando os pacientes foram encaminhados para clínicas especializadas em voz, mesmo quando os pacientes tinham exames laríngeos anteriores.

A abordagem de tratamento empírico tende a ser mais apropriada para pacientes com sintomas não graves e em pacientes jovens, de outra forma saudáveis. Em pacientes com sintomas mais graves e aqueles com históricos médicos mais complexos, normalmente preferimos fazer testes antes de iniciar a terapia, pois isso pode oferecer informações que podem ajudar a individualizar o tratamento. Por exemplo, em um paciente que toma vários medicamentos e que tem apenas refluxo leve no teste, podemos evitar o tratamento com inibidores da bomba de prótons (IBPs), minimizando assim os riscos potenciais de efeitos adversos e interações medicamentosas. Também podemos personalizar o regime de tratamento (por exemplo, para controlar especificamente o refluxo noturno em vez do diurno).

Em nossa prática, geralmente oferecemos ambas as opções aos pacientes e nos envolvemos em tomada de decisão clínica compartilhada para determinar a abordagem preferida. A maioria dos pacientes opta pela abordagem empírica, pois o teste para LPR pode ser desconfortável e pode frequentemente estar associado a maiores custos diretos.

Além disso, a decisão de usar tratamento empírico em vez da abordagem de teste primeiro pode ser influenciada pela disponibilidade de teste de refluxo confiável. O teste

de refluxo requer experiência na execução e interpretação dos resultados do teste e pode não estar amplamente disponível.

- Opções de diagnóstico

O tratamento empírico depende da capacidade do clínico de diagnosticar LPR por meio do histórico clínico e do exame físico, com confirmação baseada na resposta do paciente ao tratamento.

Além disso, o clínico pode usar instrumentos padronizados disponíveis, como o Índice de Sintomas de Refluxo (RSI) para auxiliar no diagnóstico e determinar a gravidade dos sintomas [41,42]. O RSI é um questionário de nove itens que se concentra nos sintomas comuns de refluxo e os classifica em uma escala ordinal que é somada para criar uma pontuação. Pontuações maiores que 13 são consideradas anormais [42]. Embora bastante inespecífico, o RSI é tipicamente sensível o suficiente para capturar a maioria dos casos de LPR.

Teste LPR

- **Laringoscopia** — Para maior especificidade e para descartar outras patologias, particularmente em pacientes nos quais o diagnóstico é incerto com base na avaliação clínica, a laringoscopia (normalmente feita por um otorrinolaringologista) é geralmente realizada. O clínico pode usar uma ferramenta conhecida como escore de achados de refluxo (RFS) para quantificar a presença e a gravidade das anormalidades laringoscópicas. O RFS é uma escala de gravidade de oito itens criada para quantificar os achados endoscópicos de LPR. Em estudos de validação iniciais, o RFS demonstrou 95 por cento de precisão no diagnóstico de LPR (dada uma pontuação de ≥ 7 de um possível 26) e correlacionada com precisão com a eficácia do tratamento [41].

Muitos clínicos utilizam o RFS, em combinação com o RSI, para diagnosticar presuntivamente o LPR e iniciar o tratamento empírico. No entanto, estudos subsequentes que avaliaram a validade dos escores RSI e RFS demonstraram que essas ferramentas têm reprodutibilidade interavaliadores limitada e correlação ruim entre si [43-47]. Além disso, o RFS pode ser elevado em indivíduos assintomáticos e a correlação com estudos de pH é variável [48-50].

O Reflux Sign Assessment-10 é outro instrumento disponível para ajudar a identificar pacientes com achados físicos de LPR e demonstrou precisão diagnóstica quando combinado com o Reflux Symptom Score-12 [51]. No entanto, essas pontuações não são amplamente utilizadas e mais estudos são necessários antes de incorporá-las à prática clínica de rotina.

A laringoscopia é particularmente útil na avaliação da presença de outras patologias preocupantes em pacientes com sintomas de LPR.

- **Teste de impedância de pH** - O padrão ouro para o diagnóstico de LPR é o teste de impedância de pH. Este teste utiliza um cateter transnasal para registrar eventos de refluxo ao longo de um período de 24 horas e monitora o fluxo de refluxo, incluindo o pH, até a faringe [52,53].

- **Papel da esofagoscopia** -A esofagoscopia é um importante teste adjuvante que pode ser útil no tratamento de pacientes com LPR, embora não possa ser usada para diagnosticar LPR. Como a exposição ácida ao refluxo pode afetar os tecidos esofágico e laríngeo/faríngeo de forma diferenciada, muitos pacientes com LPR podem não ter achados de esofagite ou outros achados esofágicos de lesão por refluxo [20]. Portanto, embora a esofagoscopia não possa eliminar a possibilidade de LPR, ela pode fornecer confirmação visual de lesão relacionada ao refluxo frequente no esôfago, se presente. Além disso, a esofagoscopia pode diagnosticar adenocarcinoma esofágico ou alterações esofágicas que podem levar ao desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico (por exemplo, esôfago de Barrett) [54] e também pode descartar outras anormalidades que podem estar contribuindo para os sintomas do paciente.

- Tratamento

Para todos os pacientes com sintomas de LPR não graves ou LPR leve no teste, sugerimos modificações iniciais na dieta e no estilo de vida em vez de terapia medicamentosa. Apesar da falta de evidências de alta qualidade demonstrando eficácia, essas intervenções são provavelmente benéficas no gerenciamento da doença e têm baixo risco de danos [55]

Para pacientes com sintomas de LPR que não são controlados com um teste de modificação alimentar e de estilo de vida, e para pacientes com sintomas mais graves



ou com evidência de LPR grave em testes, sugerimos a adição de inibidor da bomba de prótons (IBP) em vez de outros medicamentos (Grau 2C). As evidências que apoiam a eficácia dos IBPs no tratamento de LPR são mistas, mas muitos testes demonstram melhora dos sintomas com a adição da terapia com IBP às modificações alimentares e de estilo de vida. Não há consenso sobre a dosagem ideal de IBP, mas preferimos iniciar a terapia com dosagem uma vez ao dia com a opção de aumentar para dosagem duas vezes ao dia, dependendo da resposta do paciente. Os pacientes são vistos em acompanhamento em três meses para avaliar sua resposta ao tratamento;

-Para pacientes sem sintomas, descontinuamos o IBP e aconselhamos a continuação indefinida do estilo de vida e modificações na dieta.

-Para pacientes que permanecem levemente sintomáticos na terapia com IBP uma vez ao dia, realizamos laringoscopia (se ainda não tiver sido feita), continuamos a terapia atual com IBP por mais dois a três meses e, então, tentamos novamente a descontinuação do IBP.

-Para pacientes que permanecem moderadamente a gravemente sintomáticos com terapia com IBP uma vez ao dia, realizamos laringoscopia (se ainda não tiver sido feita), aumentamos o IBP para duas vezes ao dia e, frequentemente, adicionamos um bloqueador de histamina 2 (H2) para ser tomado na hora de dormir.

- Encaminhamento para tratamento intervencionista – Pacientes que continuam a ter sintomas graves e refratários de LPR na terapia com IBP e aqueles que não conseguem interromper a terapia com IBP são encaminhados para consideração de tratamento intervencionista [56].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O refluxo laringofaríngeo é uma condição que ocorre quando o conteúdo do estômago e do duodeno retorna para o esôfago, chegando até a faringe e a laringe (atingindo, portanto, a garganta). Tal conteúdo é formado pelo ácido encontrado no estômago e por outras substâncias que atuam na digestão dos alimentos. É uma condição que ocorre quando o conteúdo do estômago, como ácido e outras substâncias digestivas, retorna pelo esôfago e chega à garganta, laringe e, em alguns casos, ao nariz



e pulmões. Os sintomas mais comuns são: rouquidão, irritação, queimação ou secura na garganta, tosse crônica, principalmente à noite e ao acordar, pigarro.

O LPR pode ser diagnosticado por endoscopia, mas nem sempre apresenta os sintomas clássicos. O tratamento envolve mudanças na dieta e no estilo de vida, além de medicamentos para reduzir a acidez do estômago.

Algumas recomendações alimentares para tratar o LPR são: evitar o consumo excessivo de café e chimarrão, evitar o consumo excessivo de frutas cítricas ou sucos concentrados, evitar o consumo excessivo de gordura e laticínios, principalmente antes de deitar-se, não se deitar logo após comer, esperar pelo menos duas horas, evitar jejum prolongado.

O LPR pode ser agravado por infecções respiratórias altas. A presença de doenças pulmonares, como asma e pneumonias aspirativas, pode tornar o quadro mais grave.

REFERÊNCIAS

1. Cherry J, Margulies SI. Úlcera de contato da laringe. *Laryngoscope* 1968; 78:1937.
2. Cherry J, Siegel CI, Margulies SI, Donner M. Localização faríngea de sintomas de refluxo gastroesofágico. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1970; 79:912.
3. Delahunty JE. Laringite ácida. *J Laryngol Otol* 1972; 86:335.
4. Delahunty JE, Ardran GM. Globus hystericus--uma manifestação de esofagite de refluxo? *J Laryngol Otol* 1970; 84:1049.
5. Delahunty JE, Cherry J. Granulomas de corda vocal produzidos experimentalmente. *Laryngoscope* 1968; 78:1941.
6. Delahunty JE, Margulies SI, Alonso WA, Knudson DH. A relação da esofagite de refluxo com a formação da bolsa faríngea (divertículo de Zenker). *Laryngoscope* 1971; 81:570.
7. Hallewell JD, Cole TB. Sintomas isolados de cabeça e pescoço devido à hérnia de hiato. *Arch Otolaryngol* 1970; 92:499.
8. Hawkins BL. Refluxo laringofaríngeo: um "grande mascarado" moderno. *J Ky Med Assoc* 1997; 95:379.
9. Koufman J, Sataloff RT, Toohill R. Refluxo laringofaríngeo: relatório de conferência de consenso. *J Voice* 1996; 10:215.



10. Aviv JE, Liu H, Parides M, et al. Déficits sensoriais laringofaríngeos em pacientes com refluxo laringofaríngeo e disfagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109:1000.
11. Harrill WC, Stasney CR, Donovan DT. Refluxo laringofaríngeo: um possível fator de risco em carcinoma laríngeo e hipofaríngeo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120:598.
12. Maronian NC, Azadeh H, Waugh P, Hillel A. Associação de doença do refluxo laringofaríngeo e estenose subglótica. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110:606.
13. Gustafsson PM, Kjellman NI, Tibbling L. Asma brônquica e refluxo ácido no esôfago distal e proximal. *Arch Dis Child* 1990; 65:1255.
14. Diener U, Patti MG, Molena D, et al. Dismotilidade esofágica e doença do refluxo gastroesofágico. *J Gastrointest Surg* 2001; 5:260.
15. Liu L, Li S, Zhu K, et al. Relação entre motilidade esofágica e gravidade da doença do refluxo gastroesofágico de acordo com a classificação de Los Angeles. *Medicina (Baltimore)* 2019; 98:e15543.
16. Campbell R, Kilty SJ, Hutton B, Bonaparte JP. O papel do *Helicobacter pylori* no refluxo laringofaríngeo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017; 156:255.
17. Piper DW, Fenton BH. Curvas de estabilidade e atividade de pH da pepsina com referência especial à sua importância clínica. *Gut* 1965; 6:506.
18. Johnston N, Wells CW, Samuels TL, Blumin JH. Justificativa para direcionar a pepsina no tratamento da doença do refluxo. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2010; 119:547.
19. Menezes MA, Herbella FAM. Fisiopatologia da Doença do Refluxo Gastroesofágico. *World J Surg* 2017; 41:1666.
20. Bulmer DM, Ali MS, Brownlee IA, et al. Mucosa laríngea: sua suscetibilidade a danos por ácido e pepsina. *Laryngoscope* 2010; 120:777.
21. Ekström T, Tibbling L. Perfusão ácida esofágica, função das vias aéreas e sintomas em pacientes asmáticos com hiperreatividade brônquica acentuada. *Chest* 1989; 96:995.
22. Wu DN, Tanifuji Y, Kobayashi H, et al. Efeitos da perfusão ácida esofágica na hiperresponsividade das vias aéreas em pacientes com asma brônquica. *Chest* 2000; 118:1553.

23. Lieder A, Issing W. Tratamento para tosse resiliente devido a refluxo laringofaríngeo com uma combinação de inibidor da bomba de prótons e Gaviscon® Advance: como fazemos isso. *Clin Otolaryngol* 2011; 36:583.
24. Little FB, Koufman JA, Kohut RI, Marshall RB. Efeito do ácido gástrico na patogênese da estenose subglótica. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1985; 94:516.
25. Loughlin CJ, Koufman JA, Averill DB, et al. Laringoespasma induzido por ácido em um modelo canino. *Laryngoscope* 1996; 106:1506.
26. Powell DM, Karanfilov BI, Beechler KB, et al. Disfunção paradoxal das cordas vocais em jovens. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126:29.
27. Morris MJ, Christopher KL. Critérios diagnósticos para a classificação de disfunção das cordas vocais. *Chest* 2010; 138:1213.
28. Vance D, Heyd C, Pier M, et al. Movimento paradoxal das pregas vocais: uma análise retrospectiva. *J Voice* 2021; 35:927.
29. Bai Y, Jing XR, Xia Y, Tao XN. Laringoespasma paroxístico: uma condição rara que os médicos pneumologistas devem distinguir de outras doenças com queixa principal de dispneia. *Can Respir J* 2020; 2020:2451703.
30. Loughlin CJ, Koufman JA. Laringoespasma paroxístico secundário a refluxo gastroesofágico. *Laryngoscope* 1996; 106:1502.
31. Flook EP, Kumar BN. Há evidências que liguem o refluxo ácido à sinusite crônica ou a quaisquer sintomas nasais? Uma revisão das evidências. *Rinologia* 2011; 49:11.
32. Miura MS, Mascaro M, Rosenfeld RM. Associação entre otite média e refluxo gastroesofágico: uma revisão sistemática. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012; 146:345.
33. Moore JM, Vaezi MF. Manifestações extraesofágicas da doença do refluxo gastroesofágico: reais ou imaginárias? *Curr Opin Gastroenterol* 2010; 26:389.
34. Carroll TL, Werner A, Nahikian K, et al. Repensando o algoritmo de tratamento do refluxo laringofaríngeo: Avaliando um regime de dosagem empírica alternativo e considerando testes iniciais de impedância de pH e manometria para minimizar o custo no tratamento de suspeita de doença do refluxo laringofaríngeo. *Laryngoscope* 2017; 127 Suppl 6:S1.

35. Lechien JR, Akst LM, Hamdan AL, et al. Avaliação e tratamento da doença do refluxo laringofaríngeo: revisão do estado da arte. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2019; 160:762.
36. Gooi Z, Ishman SL, Bock JM, et al. Refluxo laringofaríngeo: paradigmas para avaliação, diagnóstico e tratamento. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2014; 123:677.
37. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Diretriz de prática clínica: rouquidão (disfonia). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141:S1.
38. Cohen SM, Garrett CG. Rouquidão: é realmente refluxo laringofaríngeo? *Laryngoscope* 2008; 118:363.
39. Fritz MA, Persky MJ, Fang Y, et al. A precisão do diagnóstico de refluxo laringofaríngeo: utilidade do exame estroboscópico. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 155:629.
40. Rafii B, Taliércio S, Achlatis S, et al. Incidência de patologia laríngea subjacente em pacientes inicialmente diagnosticados com refluxo laringofaríngeo. *Laryngoscope* 2014; 124:1420.
41. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. A validade e confiabilidade do escore de achados de refluxo (RFS). *Laryngoscope* 2001; 111:1313.
42. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validade e confiabilidade do índice de sintomas de refluxo (RSI). *J Voice* 2002; 16:274.
43. Branski RC, Bhattacharyya N, Shapiro J. A confiabilidade da avaliação de achados laríngeos endoscópicos associados à doença do refluxo laringofaríngeo. *Laryngoscope* 2002; 112:1019.
44. Chang BA, MacNeil SD, Morrison MD, Lee PK. A confiabilidade do Reflux Finding Score entre otorrinolaringologistas gerais. *J Voice* 2015; 29:572.
45. Musser J, Kelchner L, Neils-Strunjas J, Montrose M. Uma comparação de escalas de classificação usadas no diagnóstico de refluxo extraesofágico. *J Voice* 2011; 25:293.
46. Wang G, Qu C, Wang L, et al. Utilidade do monitoramento de pH faríngeo de 24 horas e característica clínica na doença do refluxo laringofaríngeo. *Acta Otolaryngol* 2019; 139:299.

47. Vardar R, Varis A, Bayrakci B, et al. Relação entre história, laringoscopia e esofagogastroduodenoscopia para diagnóstico de refluxo laringofaríngeo em pacientes com DRGE típica. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012; 269:187.
48. Agrawal N, Yadlapati R, Shabeeb N, et al. Relação entre achados endoscópicos extralaringeos, resposta do inibidor da bomba de prótons (IBP) e medidas de pH em suspeita de refluxo laringofaríngeo. *Dis Esophagus* 2019; 32.
49. Chen M, Hou C, Chen T, et al. Índice de sintomas de refluxo e pontuação de achados de refluxo em 91 voluntários assintomáticos. *Acta Otolaryngol* 2018; 138:659.
50. Cumpston EC, Blumin JH, Bock JM. pH duplo com teste de impedância intraluminal multicanal na avaliação de sintomas subjetivos de refluxo laringofaríngeo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 155:1014.
51. Lechien JR, De Marrez LG, Finck C, Saussez S. Validade e confiabilidade da Reflux Sign Assessment-10 (RSA-10). *Laryngoscope* 2024; 134:3981.
52. Hoppo T, Sanz AF, Nason KS, et al. Quanta exposição faríngea é "normal"? Dados normativos para eventos de refluxo laringofaríngeo usando impedância intraluminal multicanal hipofaríngea (HMII). *J Gastrointest Surg* 2012; 16:16.
53. Harrell SP, Koopman J, Woosley S, Wo JM. A exclusão de artefatos de pH é essencial para o monitoramento do pH hipofaríngea. *Laryngoscope* 2007; 117:470.
54. Reavis KM, Morris CD, Gopal DV, et al. Os sintomas de refluxo laringofaríngeo predizem melhor a presença de adenocarcinoma esofágico do que os sintomas típicos de refluxo gastroesofágico. *Ann Surg* 2004; 239:849.
55. Bozzani A, Grattagliano I, Pellegatta G, et al. Utilidade do Pep-Test para refluxo laringofaríngeo: um estudo piloto em cuidados primários. *Korean J Fam Med* 2020; 41:250.
56. Zhang M, Chia C, Stanley C, et al. Utilidade diagnóstica da pepsina salivar em comparação com a sonda dupla de pH/impedância de 24 horas no refluxo laringofaríngeo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2021; 164:375.