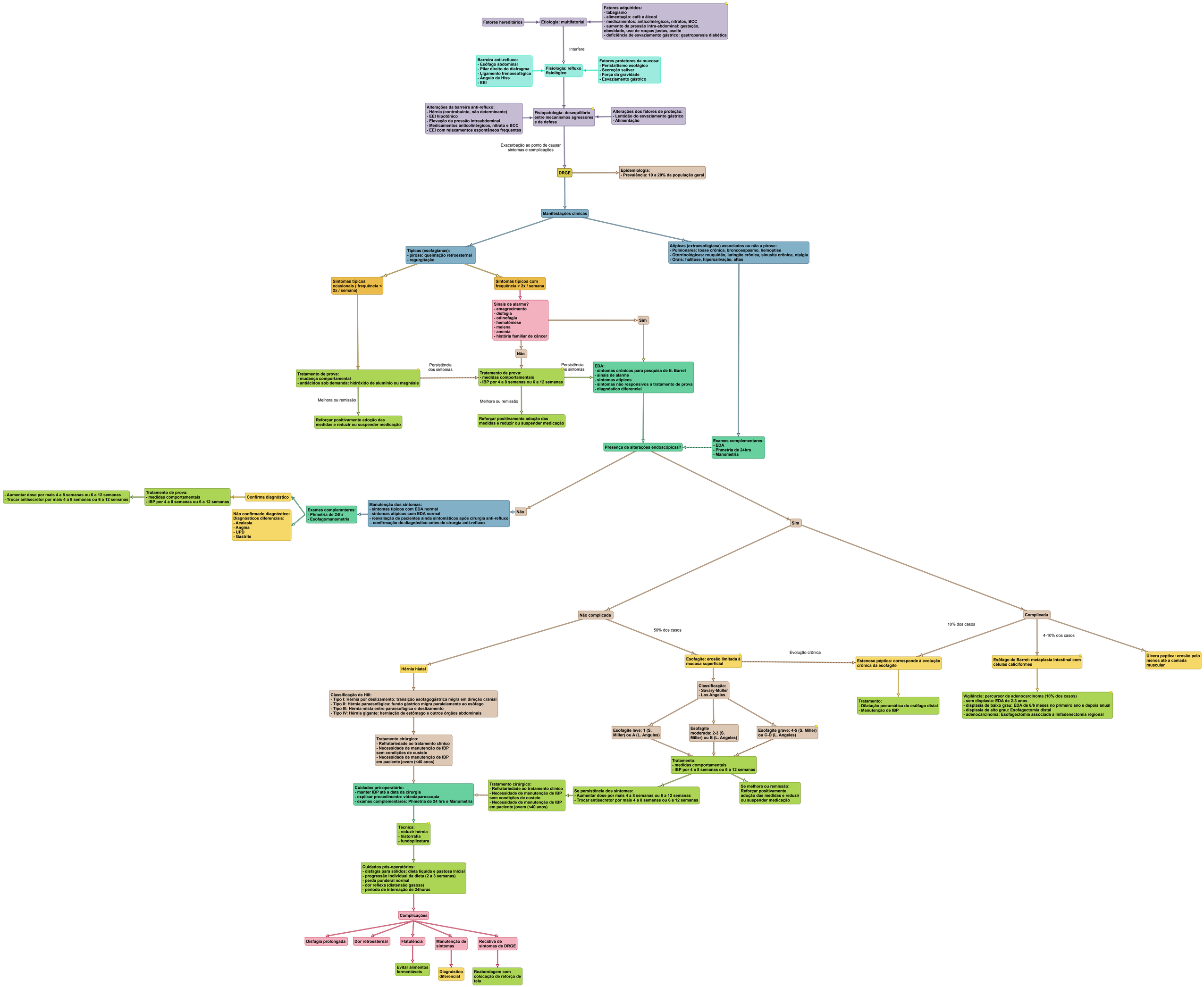
Fatores hereditários
Etiologia: multifatorial
Fatores adquiridos:
- tabagismo
- alimentação: café e álcool
- medicamentos: anticolinérgicos, nitratos, BCC
- aumento da pressão intra-abdominal: gestação, obesidade, uso de roupas justas, ascite
- deficiência de esvaziamento gástrico: gastroparesia diabética
Interfere
Barreira anti-refluxo:
- Esôfago abdominal
- Pilar direito do diafragma
- Ligamento freno-esofágico
- Ângulo de Hiss
- EEI
Fisiologia: refluxo fisiológico
Fatores protetores da mucosa:
- Peristaltismo esofágico
- Secreção salivar
- Força da gravidade
- Esvaziamento gástrico
Alterações da barreira anti-refluxo:
- Hérnia (controbuinte, não determinante)
- EEI hipotônico
- Elevação da pressão intraabdominal
- Medicamentos anticolinérgicos, nitrato e BCC
- EEI com relaxamentos espontâneos frequentes
Fisiopatologia: desequilíbrio entre mecanismos agressores e de defesa
Alterações dos fatores de proteção:
- Lentidão do esvaziamento gástrico
- Alimentação
Exacerbação ao ponto de causar sintomas e complicações
DRGE
Epidemiologia:
- Prevalência: 10 a 20% da população geral
Manifestações clínicas
Típicas (esofagianas):
- pirose: queimação retroesternal
- regurgitação
Atípicas (extraesofagiana) associados ou não a pirose:
- Pulmonares: tosse crônica, broncoespasmo, hemoptise
- Otorrinológicas: rouquidão, laringite crônica, sinusite crônica, otalgia
- Orais: halitose, hipersalivação, aftas
Sintomas típicos ocasionais (frequência < 2x / semana)
Sintomas típicos com frequência > 2x / semana
Sinais de alarme?
- emagrecimento
- disfagia
- odinofagia
- hematêmese
- melena
- anemia
- história familiar de câncer
Sim
Não
Tratamento de prova:
- mudança comportamental
- antiácidos sob demanda: hidróxido de alumínio ou magnésia
Persistência dos sintomas
Tratamento de prova:
- medidas comportamentais
- IBP por 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
Persistência dos sintomas
EDA:
- sintomas crônicos para pesquisa de E. Barret
- sinais de alarme
- sintomas atípicos
- sintomas não responsivos a tratamento de prova
- diagnóstico diferencial
Melhora ou remissão
Reforçar positivamente adoção das medidas e reduzir ou suspender medicação
Melhora ou remissão
Reforçar positivamente adoção das medidas e reduzir ou suspender medicação
Presença de alterações endoscópicas?
Exames complementares:
- EDA
- Phmetria de 24hrs
- Manometria
Não
Manutenção dos sintomas:
- sintomas típicos com EDA normal
- sintomas atípicos com EDA normal
- reavaliação de pacientes ainda sintomáticos após cirurgia anti-refluxo
- confirmação do diagnóstico antes de cirurgia anti-refluxo
Exames complemnteres:
- Phmetria de 24hr
- Esofagomanometria
Não confirmado diagnóstico:
Diagnósticos diferenciais:
- Acalasia
- Angina
- UPD
- Gastrite
Confirma diagnóstico
Tratamento de prova:
- medidas comportamentais
- IBP por 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
- Aumentar dose por mais 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
- Trocar antisecretor por mais 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
Sim
Não complicada
50% dos casos
Complicada
10% dos casos
4-10% dos casos
Hérnia hiatal
Classificação de Hill:
- Tipo I: Hérnia por deslizamento: transição esofagogástrica migra em direção cranial
- Tipo II: Hérnia paraesofágica: fundo gástrico migra paralelamente ao esôfago
- Tipo III: Hérnia mista entre paraesofágica e deslizamento
- Tipo IV: Hérnia gigante: herniação de estômago e outros órgãos abdominais
Tratamento cirúrgico:
- Refratariedade ao tratamento clínico
- Necessidade de manutenção de IBP sem condições de custeio
- Necessidade de manutenção de IBP em paciente jovem (<40 anos)
Cuidados pré-operatório:
- manter IBP até a data da cirurgia
- explicar procedimento: videolaparoscopia
- exames complementares: Phmetria de 24 hrs e Manometria
Tratamento cirúrgico:
- Refratariedade ao tratamento clínico
- Necessidade de manutenção de IBP sem condições de custeio
- Necessidade de manutenção de IBP em paciente jovem (<40 anos)
Técnica:
- reduzir hérnia
- hiatorrafia
- fundoplicatura
Cuidados pós-operatórios:
- disfagia para sólidos: dieta líquida e pastosa inicial
- progressão individual da dieta (2 a 3 semanas)
- perda ponderal normal
- dor reflexa (distensão gasosa)
- período de internação de 24horas
Complicações
Disfagia prolongada
Dor retroesternal
Flatulência
Manutenção de sintomas
Recidiva de sintomas de DRGE
Evitar alimentos fermentáveis
Diagnóstico diferencial
Reabordagem com colocação de reforço de tela
Esofagite: erosão limitada à mucosa superficial
Evolução crônica
Classificação:
- Savary-Müller
- Los Angeles
Esofagite leve: 1 (S. Miller) ou A (L. Angules)
Esofagite moderada: 2-3 (S. Miller) ou B (L. Angeles)
Esofagite grave: 4-5 (S. Miller) ou C-D (L. Angeles)
Tratamento:
- medidas comportamentais
- IBP por 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
Se persistência dos sintomas:
- Aumentar dose por mais 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
- Trocar antisecretor por mais 4 a 8 semanas ou 6 a 12 semanas
Se melhora ou remissão:
Reforçar positivamente adoção das medidas e reduzir ou suspender medicação
Estenose péptica: corresponde à evolução crônica da esofagite
Tratamento:
- Dilatação pneumática do esôfago distal
- Manutenção de IBP
Esôfago de Barret: metaplasia intestinal com células caliciformes
Vigilância: percursor de adenocarcinoma (10% dos casos)
- sem displasia: EDA de 2-3 anos
- displasia de baixo grau: EDA de 6/6 meses no primeiro ano e depois anual
- displasia de alto grau: Esofagectomia distal
- adenocarcinoma: Esofagectomia associada a linfadenectomia regional
Úlcera peptica: erosão pelo menos até a camada muscular