

ARTIGO ORIGINAL

Manifestações clínicas da doença do refluxo gastroesofágico e os achados encontrados na endoscopia digestiva alta em adultos.
Clinical manifestations of gastroesophageal reflux disease and the findings at endoscopy in adults.

Paulo Henrique Teixeira Martins¹, Marco Zambrano N², Ione Jayce Ceola Schneider³

Resumo

Objetivo: descrever a prevalência entre os resultados da EDA e sintomatologia de DRGE em pacientes submetidos ao exame endoscópico. Relacionar a presença de sintomas típicos ou atípicos de DRGE e seus respectivos resultados. Métodos: estudo observacional com delineamento transversal envolvendo 243 pacientes remetidos por médicos responsáveis para realização de EDA na Clínica de Endoscopia e Gastro de Florianópolis, no período de dezembro de 2009 a dezembro de 2010. Foram analisados os sintomas da DRGE ou indicação para realização da endoscopia. Realizou-se análise bivariada entre os desfechos e a variável independente (sintomas). O teste qui-quadrado (χ^2) ou prova exata de Fisher foram utilizados para testar a homogeneidade de proporções. Calculou-se a razão de prevalência através da Regressão de Poisson e o IC de 95%. O presente estudo foi aprovado no CEP da Unisul sob o protocolo 10.811.4.01.III Resultados: a idade média dos pacientes foi de 47,1 anos. Houve predomínio da população feminina (68,7%). O sintoma mais frequentemente encontrado foi o típico de DRGE com 92,2%. Entre os pacientes com sintomas típicos de DRGE, percebeu lesões esofágicas erosivas em apenas 26,8%. Diagnosticou a presença de hérnia hiatal em 41,56% dos pacientes, esofagite em 25,51%, gastrite em 46,09% e adenocarcinoma de esôfago em 0,4%. Observou-se endoscopias sem alterações em 11,11% dos pacientes. Conclusão: houve predomínio dos sintomas típicos da DRGE, comparando com as manifestações atípicas da doença. Comprovou a importância do uso da

EDA, não somente para diagnosticar a doença em estudo, mas principalmente suas complicações que possam a vim desenvolver.

Descritores:

1-Refluxo gastroesofágico;
2-sintomas clínicos;
3-endoscopia.

Abstract

Objective: describe the prevalence between the results of endoscopic findings and symptoms of GERD in patients undergoing endoscopy. Relate the presence of typical or atypical symptoms of GERD and their results. Methods: a cross-sectional observational study involving 243 patients referred by physicians responsible for performing endoscopy in Gastrointestinal an Endoscopy Clinic of Florianópolis, during the period of December 2009 and December 2010. We analyzed the symptoms the GERD or indication for endoscopy. We conducted bivariate analysis between outcomes and the independent variable (symptoms). The chi-square (χ^2) or Fisher exact test were used to test the homogeneity of proportions. We calculated the prevalence ratio by Poisson regression and CI of 95%. This study was approved by the CEP Unisul under protocol 10.811.4.01.III. Results: the average age of patients was 47,1 years. There was a predominance of females (68,7%). The most common symptom was typical of GERD with 92,2%. The erosive esophageal lesions was noted in only 26,8% among patients with typical symptoms of GERD. The presence of hiatal hernia was diagnosed in 41,56% of patients, 25,51% in esophagitis, 46,09% in gastritis and cancer by 0,4%. We observed endoscopies unchanged in 11,11% of patients. Conclusion: there was a predominance of typical symptoms of GERD compared with atypical manifestations of

1. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.
2. Doutor em Medicina pela Universidade em São Paulo (USP). Professor do Sistema Digestivo e Metabólico na Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL.
3. Mestre em Saúde Pública. Professora do Núcleo de Orientação em Epidemiologia - UNISUL.

the disease. The importance in the use of endoscopy was proved, not only to diagnose the disease under study, but mainly its complications that may come to develop.

Keywords: 1-Gastroesophageal reflux;
2-clinical symptoms;
3-endoscopy.

Introdução

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) define-se como uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal - constituído por ácido clorídrico, pepsina, enzimas pancreáticas e sais biliares - para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, acarretando variável espectro de sintomas (esofágicos ou extra-esofágicos), associados ou não a lesões teciduais ^(1,2).

Tem prevalência estimada de 20% na população adulta dos EUA e taxas similares na Europa. Estima-se que a prevalência da DRGE, em nosso meio, seja em torno de 12% ⁽¹⁾. O número de casos existentes é maior em mulheres com mais de 55 anos ^(3,4).

O primeiro passo para o diagnóstico adequado da DRGE é o conhecimento do conceito atual da afecção e das suas várias formas de apresentação clínica. As manifestações clínicas consideradas típicas da DRGE são pirose e regurgitação ⁽⁵⁾.

Conforme o Consenso Brasileiro de DRGE reconheceu-se que outras manifestações clínicas podem ser decorrentes de refluxo gastroesofágico (RGE) ⁽⁶⁾. Considera-se que manifestações pulmonares como: a asma, a tosse crônica, o pigarro, a bronquite crônica, a pneumonia de repetição e as bronquiectasias; manifestações otorrinolaringológicas: faringites, otites, sinusites e rouquidão e manifestações orais: desgaste do esmalte dentário, aftas e halitose, além da dor torácica não cardíaca possam também ser decorrentes de RGE. Lembrar que a ausência de manifestações típicas do refluxo (pirose e regurgitação) não exclui o diagnóstico da DRGE ⁽¹⁾.

Para estabelecer o diagnóstico da DRGE pode-se utilizar dos testes de pHmetria e a impedanciometria, os quais fornecem informações valiosas à muitos pacientes, embora a utilidade clínica desses testes mais recentes precisa ser determinada, pois suas indicações possuem critérios específicos ^(6,7).

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA), importante para o auxílio ao diagnóstico, pode ser o primeiro teste usado para diagnosticar o RGE, sua sensibilidade é em torno de 50% ⁽⁵⁾. Coerente com diretrizes atuais, este procedi-

mento é de rotina, e é recomendado para pacientes com sintomas de DRGE e com odinofagia, perda de sangue gastrointestinal, anemia, ou disfagia ⁽⁴⁾. Além disso, o exame endoscópico é particularmente importante em pacientes maiores de 40 anos, presença de história familiar de câncer, náuseas, vômitos, sintomas de grande intensidade ou de ocorrência noturna ^(4,5). Tratando-se de esofagite, a EDA é o mais forte preditor para essa doença em processo. Sua prevalência em população de pacientes ambulatoriais submetidos a EDA foi de 6,5% ⁽⁸⁾.

A EDA é um exame indispensável nos doentes com sintomas típicos de DRGE. Além de diagnosticar afecções concomitantes, avalia a presença de hérnia hiatal, assim como a existência e a gravidade macroscópica das lesões da mucosa esofágica, com elevada especificidade ^(9,10). Já em relação aos pacientes com sintomas extra-esofágicos, é importante destacar que a maior parte destes (em torno de 85%) não apresenta esofagite ao exame endoscópico.

As complicações mais comuns da DRGE são: Esôfago de Barrett (EB), estenose, úlceras, sangramento esofágico e câncer esofágico ⁽¹¹⁾. Em relação a primeira complicação, a avaliação endoscópica também pode ser útil para seu diagnóstico. Nesta técnica é fundamental a realização de biópsia para avaliação anatomo patológica ^(12,13).

A EDA é um procedimento seguro e facilmente executado, amplamente disponível e de baixo custo em nosso meio. Permite a visualização direta da mucosa, identificando precocemente as complicações. Nos pacientes adultos que apresentavam manifestações da DRGE como, pirose e/ou regurgitação, sem manifestações de alarme, que foram submetidos a uma endoscopia digestiva alta antes do tratamento, tiveram uma sensibilidade de 67% e uma especificidade de 77%, com grau A de recomendação ^(3,14,15).

A DRGE é uma afecção de grande importância médico-social pela sua elevada e crescente incidência e por determinar sintomas de intensidade variável, que se manifestam por tempo prolongado, podendo prejudicar a qualidade de vida do paciente. Torna-se necessário o conhecimento do perfil e os achados endoscópicos da população atendida pela rede pública. Diante disso, estudamos pacientes avaliados, principalmente pelas clínicas gerais da rede pública de Florianópolis.

O presente estudo teve por objetivo descrever a prevalência dos achados endoscópicos em pacientes com sintomas da DRGE, submetidos à Endoscopia Digestiva Alta.

Métodos

Estudo de caráter observacional de delineamento transversal, realizado na Clínica de Endoscopia e Gastroenterologia, localizada na cidade de Florianópolis-

SC, com pacientes em convênio com o serviço público da saúde.

A população deste estudo foi composta por prontuários de pacientes que apresentam sintomas típicos e atípicos da DRGE com indicação à realizar EDA remetidos por médicos responsáveis dos ambulatórios da rede pública de saúde, além de outros dados dos pacientes (gênero, idade e sintomas ou indicação para realização de EDA) e ao exame de EDA (diagnóstico endoscópico e anatomo-patológico). Foram analisados dados do período 12 de dezembro de 2009 a 18 dezembro de 2010.

Foi realizado um censo de todos os prontuários que preencheram os critérios de inclusão: sintomas digestivos e indicação para realização de EDA. Foram excluídos os prontuários com insuficiência de dados e pacientes menores de 18 anos de idade.

As variáveis analisadas foram idade, gênero, sintomas, classificados em típicos (pirose e regurgitação), atípicos (tosse, pigarro, asma, bronquite crônica, pneumonia de repetição, bronquiectasia, faringite, sinusite, otite, rouquidão, desgaste do esmalte dentário, aftas e/ou halitose) e mistos. A classificação de SAVARY-MILLER modificada⁽⁴⁾ (Grau Achado: 0 Normal; 1 Uma ou mais erosões lineares ou ovaladas em uma única prega longitudinal; 2 Várias erosões situadas em mais de uma prega longitudinal, confluentes ou não, mas que não ocupam toda a circunferência do esôfago; 3 Erosões confluentes que se estendem por toda a circunferência do esôfago; 4 Lesões crônicas: úlceras e estenose, isoladas ou associadas às lesões nos graus 1 e 3; 5 Epitélio colunar em continuidade com a linha Z: circunferencial ou não, de extensão variável, associado ou não a lesões de 1 a 4.), foi adotada para caracterização macroscópica de esofagite. Para diagnóstico endoscópico da hérnia hiatal, considerou-se elevação da linha Z de 2cm ou mais acima do pinçamento diafragmático, sendo hérnia hiatal não-volumosa aquelas < 5 cm e hérnia hiatal volumosa quando de tamanho \geq a 5cm⁽¹⁶⁾. Também foram analisados outros achados endoscópicos, conforme o Sistema Sidney⁽⁴⁾ que classifica as gastrites por topografia, categoria e grau de intensidade.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 16.0, e descritos sob a forma de frequência simples para variáveis qualitativas, e média e mediana para variáveis quantitativas. Após esta descrição, selecionou-se os achados endoscópicos com maior prevalência, categorizando como variáveis dependentes. Realizou-se análise bivariada entre os desfechos e a variável independente (sintomas). O teste qui-quadrado (χ^2) ou prova exata de Fisher foram utilizados para testar a homogeneidade de proporções, afim de testar hipóteses de associações entre as variáveis, com nível de significância do valor de $p < 0,05$. Calculou-se a ra-

ção de prevalência através da Regressão de Poisson⁽²⁵⁾ e o intervalo de confiança de 95%. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL, sob protocolo 10.811.4.01.III. Foram respeitados os princípios éticos da privacidade e confidencialidade dos dados coletados.

Resultados

No período de 12 de dezembro de 2009 a 18 de dezembro de 2010, dos 1038 exames de EDA realizados, 243 (23,41%) atenderam aos critérios deste estudo. A idade média dos pacientes foi de 47,1 anos (DP=13,7), com amplitude de 19 a 78 anos. Houve superioridade da população feminina a qual representou 167 pacientes (68,7%). Houve predomínio dos sintomas típicos (92,2%), seguidos dos atípicos (6,2%). Somente 1,4% dos pacientes tiveram sintomas mistos (típicos e atípicos).

Os Gráfico 1 e Gráfico 2 apresentam a descrição dos sintomas de acordo com idade e sexo. Entre os sintomas típicos, a idade média foi de 46,4 anos (DP=13,6), com 68,3% dos casos no sexo feminino. Os sintomas atípicos tiveram idade média foi de 58,5 anos, com 80% dos casos no sexo feminino. Os casos com sintomas mistos tiveram idade média de 47 anos (DP=12,7), sendo 50% dos pacientes do sexo feminino.

Entre 18 e 40 anos (80 pacientes) não foi encontrado nenhum achado endoscópico com câncer, porém 42 (52,5%) com gastrite erosiva, 29 (36,3%) com hérnia hiatal, 19 (23,8%) com esofagite e 7 (8,8%) achados normais. Já, entre os 116 pacientes de 41 a 60 anos, observou 1 esôfago de Barrett, 49 (42,2%) com gastrite erosiva, 52 (44,8%) com hérnia hiatal, 34 (29,3%) com esofagite erosiva e 13 (11,2%) tiveram achados normais. Por fim, entre os pacientes acima de 60 anos (47 pacientes), encontrou 1 adenocarcinoma de esôfago em paciente com EB (figura 1), 21 (44,7%) com gastrite erosiva, 20 (42,6%) com hérnia hiatal, 9 (19,1%) com esofagite erosiva e 7 (14,9%) tiveram achados normais (Tabela 1).

Dos 224 pacientes com sintomas típicos, 73,2% tinham achados não erosivos. Enquanto que dos 15 pacientes com sintomas atípicos, apenas 13,3% possuíam achados erosivos. Nos pacientes com sintomas típicos e atípicos todos possuíam achados não erosivos (Gráfico 3).

Um dos achados importantes, entre os pacientes com sintomas típicos, foi um caso de adenocarcinoma e EB (0,4%) no mesmo paciente e outro paciente com EB (0,4%), em um total de 224 pacientes com sintomas típicos da doença. Outros achados mais prevalente diagnosticados foram a gastrite erosiva seguido de hérnia hiatal. A comparação das prevalências dos sintomas típicos e atípicos foi realizada para os principais achados endos-

cópicos, entre eles, esofagite erosiva grau 1, esofagite erosiva grau 2, gastrite erosiva leve de antro, gastrite erosiva moderada de antro, hérnia hiatal e achados normais.

Em relação à esofagite erosiva grau 1, foi encontrada em 53 pacientes, a prevalência foi maior nos pacientes com sintomas típicos. A razão de prevalência entre os sintomas mostrou uma prevalência 71% menor nos pacientes com sintomas atípicos (Tabela 2). Em relação a esofagite erosiva grau 2 foi diagnosticada em 9 pacientes, com sintomas típicos e atípicos. A prevalência deste achado nos sintomas atípicos foi 87% maior que a de sintomas típicos (Tabela 2).

A gastrite erosiva leve de antro teve uma prevalência maior nos pacientes com sintomas típicos. A gastrite erosiva moderada de antro teve uma prevalência 49% maior em pacientes com sintomas atípicos quando comparados ao sintoma típico (Tabela 2).

A hérnia hiatal foi mais prevalente nos pacientes com sintomas típicos, diagnosticada em 92(41,1%) destes pacientes e classificadas como não volumosas e 47 deste total apresentaram achados erosivos. Nos pacientes com sintomas atípicos, 5(33,3%) foram diagnosticados com hérnia hiatal, com isso tiveram uma razão de prevalência 19% menor para este achado (Tabela 2).

As endoscopias sem alterações (esôfago, estômago e duodeno) foram mais prevalentes em pessoas com sintomas atípicos, sendo a prevalência 87% maior quando comparados aos sintomas típicos (Tabela 2).

Discussão

Na presente casuística (1038) de pacientes com indicação de EDA, 23,41% apresentaram sintomas relacionados com a DRGE. Em estudo com 407 pacientes, também com indicação para realização de EDA, cerca de 25% destes possuíam sintomas sugestivos de DRGE⁽¹⁷⁾. Camillieri et al.⁽¹⁸⁾, ao avaliarem a prevalência de sintomas dos distúrbios gastrointestinais superiores nos EUA, em 17.484 pacientes observaram que os sintomas de DRGE ocorriam em 22% deles. Estudo que realizou uma revisão epidemiológica na Europa, evidenciou uma prevalência estimada de 17% à 23% de pacientes com sintomas da DRGE⁽¹⁹⁾. No Brasil, estudo populacional empreendido em 22 metrópoles, que entrevistou 13.959 indivíduos, observou que 4,6% deles apresentavam pirose uma vez por semana e 7,3% apresentavam tal queixa duas ou mais vezes por semana. Em função desses dados, estima-se que a prevalência da DRGE, em nosso meio, seja em torno de 12%^(1,20).

No estudo atual houve predomínio da população feminina (68,7%). Há controvérsias na literatura quanto à associação entre sintomas da DRGE e o sexo. Estudo realizado

no Brasil, com mais de 13.000 indivíduos, constatou prevalência também maior na população feminina (39,6%) comparada à masculina (36,3%)⁽²⁰⁾, porém outro estudo demonstrou maior número (3:1) de sintomas da DRGE na população masculina⁽²¹⁾. Jaspersen et al., em 6215 pacientes com DRGE, 53,1% foram do sexo masculino e 46,9% do sexo feminino com média de idade de 53,8 anos. No presente estudo o valor foi de 47,1 anos.

Em relação ao predomínio dos sintomas típicos (92,2%) encontrados neste estudo, torna-se importante ressaltar que, quando presente, estes sintomas a possibilidade do paciente ter DRGE é superior a 90%. O trabalho de Vakil et al.⁽²²⁾ comprova esse predomínio e confirma a alta prevalência de pirose e regurgitação nos pacientes com DRGE, com 75% à 98% e 48% à 91% respectivamente. Já, analisando os sintomas atípicos, este estudo demonstrou uma prevalência baixa (6,1%), enquanto outros estudos mostram diferentes valores, como Wong e Casiano^(23,24), puderam observar a prevalência da associação entre DRGE e laringite por refluxo com variação entre 18% à 80%. Nasi et al.⁽¹⁾, em estudo que avaliou 200 pacientes, 23,5% apresentavam manifestações atípicas, enquanto, 52,5% possuíam sintomas típicos da DRGE. A baixa prevalência (1,6%) deste estudo em relação aos pacientes com sintomas típicos e atípicos, encontra-se condizente com a literatura, que destaca por exemplo, a tosse crônica, um sintoma atípico comum em pacientes com DRGE, porém aparece isoladamente nos pacientes, sem associação com os sintomas típicos da doença⁽²⁶⁾.

O atual estudo dividiu em grupos de faixas etárias, indivíduos entre 18 e 40, 41 à 60 e acima de 60 anos. Entre os pacientes de 18 à 60 anos, nenhum deles apresentou neoplasia. O Consenso Brasileiro da DRGE⁽²⁷⁾, preconiza como suficiente o teste terapêutico, para pacientes com sintomas típicos, sem manifestações de alarme e até os 40 anos, devido ao baixo risco nessa faixa etária para desenvolver uma neoplasia esofágica ou gástrica. Já, em relação àqueles que apresentam mais de 60 anos, foi diagnosticado, em um paciente com 62 anos de idade, adenocarcinoma de esôfago com esôfago de Barrett. Isto comprova o que o estudo de Sharma et al.⁽²⁸⁾ relata, que apesar do esôfago de Barrett ser uma complicação pouco frequente da DRGE, sabe-se que há associação com refluxo gastroesofágico e é uma condição pré maligna para adenocarcinoma.

Outro paciente somente com esôfago de Barrett foi diagnosticado neste estudo, com 60 anos, representando esta condição cerca de 0,82% de nossa casuística. A prevalência do esôfago de Barrett, é bastante controversa, estudo observou que nos pacientes submetidos a EDA, por quaisquer sintomas, a esta foi de aproximadamente 1%, entretanto nos pacientes com sintomas de refluxo

crônico foi de 10 à 15%⁽²⁹⁾. Outro estudo, de um total de 104 pacientes com indicação para EDA, devido aos sintomas de DRGE, verificou uma prevalência de esôfago de Barrett de 3,8%⁽³⁰⁾. No Japão esta prevalência cai para 0,3% à 0,6%⁽³¹⁾.

Dos pacientes com sintomas típicos de DRGE, neste estudo, 73,2% possuíam achados endoscópicos normais ou não erosivos. Este assunto é um pouco controverso, visto que Valkil et al.⁽²²⁾ relatam que 50% dos pacientes com sintomas típicos de DRGE, apresentaram forma não erosiva, porém Prado et al.⁽²⁷⁾ afirmaram que 73,8% dos pacientes analisados com sintomas típicos da DRGE, apresentaram a forma erosiva e Fass et al.⁽³²⁾, dos 223 pacientes analisados com DRGE, 70% possuíam forma não erosiva. Essa contradição pode ser explicada por Blustein PK et al.⁽³³⁾, os quais relatam que muitos pacientes fazem uso de IBPs e bloqueadores H2 antes de serem examinados por endoscopia digestiva alta, analisando trabalhos relativos ao tema descreve que a prevalência varia entre 10% a 70%.

A presença de lesões esofágicas à endoscopia, em pacientes com sintomas atípicos de DRGE, teve uma baixa prevalência e mostrou-se menos comum se comparando a pacientes com sintomas típicos da doença, estando assim em concordância com a literatura⁽¹⁾. Dos 15 pacientes analisados com sintomas atípicos somente 3 possuíam forma erosiva. Esta baixa prevalência também foi observada em um estudo com 63 pacientes, com sintomas atípicos da DRGE, onde somente 10% obtiveram forma erosiva⁽³⁴⁾.

Em um estudo de Andreollo et al.⁽³⁵⁾, que avaliou a DRGE através de EDA, constatou-se que a prevalência de esofagite grau 1 e grau 2 foi de 29,5% e 18,9%, respectivamente, em pacientes com sintomas típicos de DRGE. No atual estudo, a prevalência de esofagite erosiva grau 1 em pacientes com sintomas típicos de DRGE foi de 23,2%, porém em menor número no caso da esofagite erosiva de grau 2, ficando somente com 3,6% dos pacientes. Outro estudo com 742 pacientes em uso de IBPs e bloqueadores de H2, verificou uma prevalência aproximada de 30% para esofagite grau 1 e 15% para esofagite grau 2⁽³³⁾.

Em relação ao tamanho da hérnia hiatal, no presente estudo, em pacientes com sintomas típicos da DRGE, não foi encontrado nenhuma hérnia hiatal volumosa, diferente da literatura, onde cerca de 16% dos pacientes possuem hérnia hiatal volumosa⁽¹⁶⁾.

Pode-se perceber também que 73,2% e 86,7% dos pacientes com sintomas típicos e atípicos respectivamente, possuíam exames endoscópicos não erosivos. Mesmo assim não pode ser descartado o diagnóstico de DRGE, conforme comprova o estudo de Dent J⁽¹⁹⁾, que relata que

esse número pode chegar até 50% com achados endoscópicos normais em pacientes com Doença do Refluxo Gastroesofágico^(36,1).

Dos 224 pacientes que referiam sintomas típicos da DRGE, como pirose e regurgitação, obteve-se considerável número de diagnóstico endoscópico de gastrite endoscópica, representando 104 pacientes (46,4%), este dado vêm ao encontro com estudo que analisou 108 pacientes com estas mesmas características, obtendo 57 pacientes (52,8%) com diagnóstico de gastrite endoscópica⁽³⁷⁾.

Ao final do presente estudo, pode-se concluir a maior prevalência de sintomas típicos da doença do refluxo gastroesofágico, quando comparados com os atípicos, e ainda mais raro a associação dos dois sintomas em um só paciente. No entanto, consolidou-se ainda mais a idéia de que mais da metade dos pacientes portadores de DRGE podem apresentar exames endoscópicos normais, sem qualquer alteração da mucosa esofágica e mesmo assim não pode ser descartado o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico. Poderíamos também considerar que boa parte dos pacientes encaminhados para realização de endoscopia são previamente medicados, o que poderia explicar este alto número de pacientes com exames endoscópicos normais.

Notou-se prevalência alta de pacientes com doença do refluxo e endoscopia negativa, sendo essa tendência da maioria dos estudos. De igual sorte, os sintomas típicos tiveram maior prevalência de esofagite erosiva em relação aos atípicos. Percebeu-se também maior prevalência do sexo feminino e uma idade média de mais de 47 anos.

A EDA mostrou-se um exame importante, principalmente pela sua necessidade de usá-la para diagnosticar outras patologias como hérnia hiatal, a qual teve uma prevalência significativa, e as possíveis complicações de DRGE, como esôfago de Barrett e adenocarcinoma. Dessa forma, tentando diagnosticar essas lesões de alto risco mais precocemente e assim tentar intervir enquanto ainda há tempo e condições.

Referências

- 1- Nasi A, Moraes JP, Cecconello I. Doença do Refluxo Gastroesofágico: revisão ampliada. *Arq Gastroenterol* 2006;43 (4):334-341
- 2- Modlin MI, Moss SF, Kidd M, Lye KD. Gastroesophageal reflux disease. Then and now. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38(5): 390-402.
- 3- Pereira GIN; Costa CDS; Geocze L, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa (Brasil) de instrumentos específicos para avaliação de qualidade de vida na doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol* 2007;44 (2) :111-123.

- 4- Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA. Clínica Médica. 2.ed. São Paulo: Manole; 2009. 3 vol.
- 5- Fock KM, Talley N, Hunt R, et al. Report of the Asia-pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 19:357-367.
- 6- Moraes-Filho JPP, Cecconello I, Gama-Rodrigues J, Paula-Castro L, Henry MA, Meneghelli UG, Quigley E. Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: proposals for assessment, classification, and management. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:241-248.
- 7- Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults — update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005; 19:15-35.
- 8- Kahrilas PJ. Gastroesophageal Reflux Disease. *N Engl J Med* 2008; 359: 1700- 1707.
- 9- De Vault KR, Castell DO. Updated guidelines for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:190-200.
- 10- Greenberger NJ, Blumberg RS, Burakoff R. Current diagnosis & Treatment: Gastroenterology, Hepatology, & Endoscopy. 4th ed. New York: Mc Graw Hill; 2009.
- 11- Moraes Filho Prado J, Rodriguez NT, Barbuti R, et al. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *Arq Gastroenterol* 2010; 47 (1) : 99-115.
- 12- Gurski RR; Pereira da Rosa AR; Valle E, et al. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *J Bras Pneumol* 2006; 32(2):120-155.
- 13- Triadafilopoulos G. Ten frequently asked questions about endoscopic therapy for gastroesophageal reflux disease. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 12(2): 2-4.
- 14- Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi M. AGAI technical review: management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol* 2008; 135:1383-91.
- 15- Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. *Gastroenterol* 2005; 129:1825-1831.
- 16- Abrahão LJ, Lemme MO, Carvalho BB, et al. Relação entre o tamanho de hérnia hiatal e tempo de exposição ácida esofágica nas doenças do refluxo erosiva e não-erosiva. *Arq gastroenterol* 2007; 43: 37-42.
- 17- Ruth M, Mansson I, Sandberg N. The Prevalence of Symptoms Suggestive of Esophageal Disorders. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2001; 26:73-81.
- 18- Camilleri M, Dubois D, Coulie B, et al. Prevalence and Socioeconomic Impact of Upper Gastrointestinal Disorders in the United States: Results of the US Upper Gastrointestinal Study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3:543-552.
- 19- Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, et al. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: systematic review. *Gut* 2005; 54:710-717.
- 20- Moraes Filho JPP, Chinzon D, Eisig JN, et al. Prevalência da pirose e da doença gastroesofágica numa população urbana brasileira. *Arq Gastroenterol* 2006; 42(2):122-127.
- 21- Shaheen N, Provenzale D. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Am J Med Sci* 2004; 326(5):264-273.
- 22- Vakil N, Kahrilas P, Dent J, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:1900-1920
- 23- Napierkowski J, Wong RKH. Extraesophageal Manifestations of GERD. *Am J Med Sci* 2004; 326(5):285-289
- 24- Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, et al. Association of laryngopharyngeal Symptoms With Gastroesophageal Reflux Disease. *Laryngoscope* 2003; 112:879-886.
- 25- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
- 26- Zhao Y, Wang R, Yan X, et al. A population-based survey of the epidemiology of symptom-defined gastroesophageal reflux disease: the systematic investigation of gastrointestinal disease in China. *BMC Gastroenterol* 2010; 110:10-20.
- 27- Moraes Filho JPP, Rodriguez TN, Barbuti R, et al. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *Arq Gastroenterol* 2010; 47:99-115.
- 28- Sharma P, Mayo MS, Weston AP, et al. Methylene blue chromoendoscopy for detection of short-segment Barrett's esophageal. *Gastrointest Endosc* 2001; 54:289-293.
- 29- Sikkema M, Jonge PJ, Kuipers EJ, et al. Risk of esophageal adenocarcinoma and mortality in patients with Barrett's esophagus: systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 3:12-21.
- 30- Freitas MC, Moretzsohn LD, Coelho LG. Prevalence of Barrett's esophageal in individuals without typical symptoms of gastroesophageal reflux disease. *Arq Gastroenterol* 2008; 45:55-62.
- 31- Azuma N, Endo T, Arimura Y, et al. Prevalence of Barrett's esophagus and expression of mucin anti-

gens detected by a panel of monoclonal antibodies in Barretts esophagus and esophageal adenocarcinoma in Japan. J Gastroenterol 2000;35:583-592.

- 32- Fass R, Fennerty B, Vakil N. Nonerosive reflux disease current concepts and dilemmas. Am J Gastroenterol 2001;96:303-314.
- 33- Blustein PK, Beck PL, Meddings JB, et al. The utility of endoscopy in the management of patients with gastroesophageal reflux symptoms. Am J Gastroenterol 1998;93:2508-2512.
- 34- Poelmans J, Feentra L, Demedts I, et al. The yield of upper gastrointestinal endoscopy in patients with suspected reflux-related chronic ear, nose, and throat symptoms. Am J Gastroenterol 2005;99:1419-1426.
- 35- Andreollo NA, Lopes LR, Coelho-Neto JS. Doença do Refluxo Gastroesofágico: Qual a eficácia dos exames no diagnóstico? Arq Bras Cir Dig 2010;23:6-10.
- 36- Dent J. Endoscopic grading of reflux oesophagitis: The past, present and future. Clin Gastroenterol 2008;22:585-599.
- 37- Psendziuk C, Nicoleit AR, Pasini DF, et al. Prevalência de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico em pacientes com indicação de endoscopia digestiva alta. Arq Cat Med 2010;39:62-69.

Gráfico 1 - Sintomas segundo média de idade.

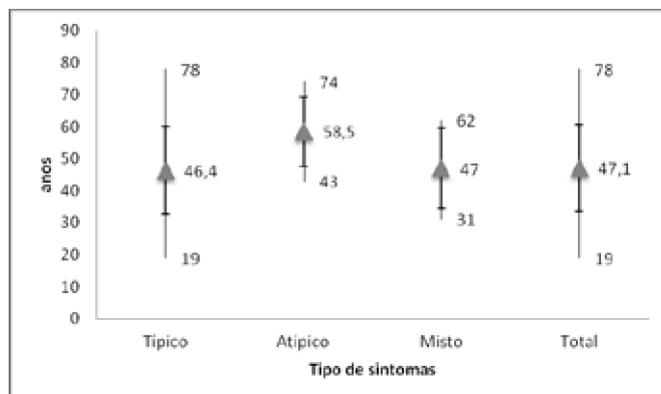


Gráfico 2 - Tipos de sintomas segundo gênero.

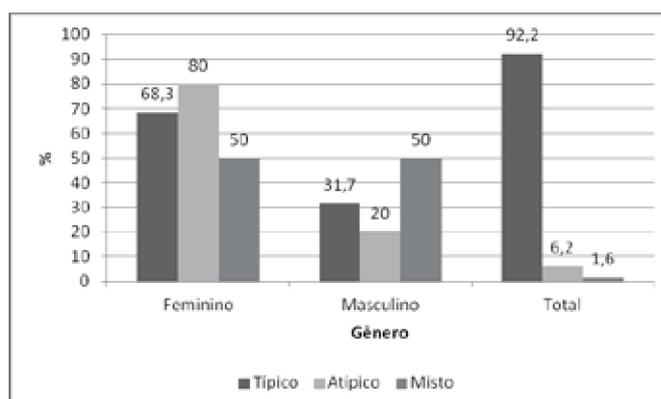


Gráfico 3 - Tipos de sintomas segundo achados erosivos e não erosivos.

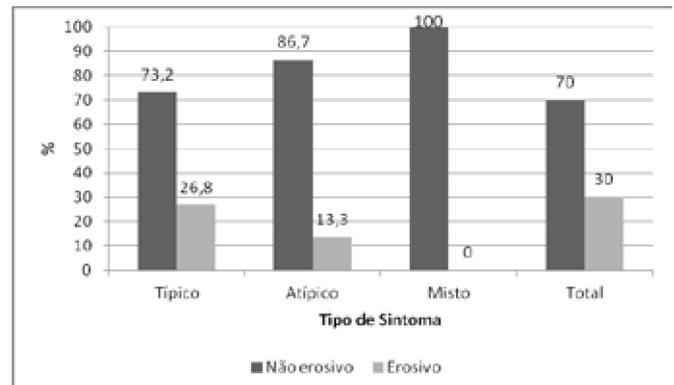


Tabela 1 - Principais achados endoscópicos encontrados nos pacientes segundo faixa etária.

Achado	Faixa etária (anos)					
	18 a 40 (n=80)		41 a 60 (n=116)		Acima 60 (n=47)	
	N	%	N	%	n	%
Adenocarcinoma de esôfago/Barrett	-	-	-	-	1	2,1
Gastrite erosiva	42	52,5	49	42,2	21	44,7
Hérnia hiatal	29	36,3	52	44,8	20	42,6
Esôfago de Barrett	-	-	1	0,9	-	-
Esofagite erosiva	19	23,8	34	29,3	9	19,1
EDA sem alteração (esôfago,estômago e duodeno)	7	8,8	13	11,2	7	14,9

Tabela 2 - Análise bivariada e razões de prevalência para os principais achados endoscópicos relacionados aos sintomas da DRGE

Sintomas	Achado endoscópico			Valor de p	RP (IC95%)
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)		
Esofagite erosiva grau 1					
Típico	172 (76,8)	52 (23,2)	224 (93,7)	0,201*	1,00
Atípico	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (6,3)		0,29 (0,40-2,08)
Total	186 (77,8)	53 (22,2)	239 (100)		
Esofagite erosiva grau 2					
Típico	216 (96,4)	8 (3,6)	224 (93,7)	0,448*	1,00
Atípico	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (6,3)		1,87 (0,23-14,92)
Total	230 (96,2)	9 (3,8)	239 (100)		
gastrite erosiva leve de entro					
Típico	130 (58)	94 (42)	224 (93,7)	0,881	1,00
Atípico	9 (60)	6 (40)	15 (6,3)		0,95 (0,42-2,18)
Total	139 (58,2)	100 (41,8)	239 (100)		
gastrite erosiva moderada de entro					
Típico	214 (95,5)	10 (4,5)	224 (93,7)	0,518*	1,00
Atípico	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (6,3)		1,49 (0,19-11,67)
Total	228 (95,4)	11 (4,6)	239 (100)		
hérnia hiatal					
Típico	132 (58,9)	92 (41,1)	224 (93,7)	0,601*	1,00
Atípico	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (6,3)		0,81 (0,33-2,00)
Total	142 (59,4)	97 (40,6)	239 (100)		
EDA sem alteração (esôfago,estômago,duodeno)					
Típico	200 (89,3)	24 (10,7)	224 (93,7)	0,388*	1,00
Atípico	12 (80,0)	3 (20,0)	15 (6,3)		1,87 (0,56-6,20)
Total	212 (88,7)	27 (11,3)	239 (100)		

*Teste Exato de Fisher

Endereço para correspondência:

Paulo Henrique Teixeira Martins:
Rua Ogê Fortkamp 111, apto 203, bloco A, Trindade Florianópolis-SC
CEP: 88036610
E-mail: phcamdm@hotmail.com