

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de sintomas de doença do refluxo gastroesofágico em pacientes com indicação de endoscopia digestiva alta**Carine Psendziuk¹, Marco Rodrigo Zambrano Nuñez², Arthur Radaelli Nicoleit¹, Dalva Fabris Pasini Rodrigues¹, Stefan Wrublewski Pereira¹, Guilherme da Cunha Galvani¹****Resumo**

Objetivo: Investigar a relação entre os resultados da endoscopia digestiva alta e sintomatologia de doença do refluxo gastroesofágico em pacientes submetidos ao exame endoscópico. Relacionar a presença de sintomas típicos ou atípicos de doença do refluxo gastroesofágico e seus respectivos resultados e descrever pacientes com outros sintomas ou patologias e achados endoscópicos de doença do refluxo.

Métodos: Estudo observacional com delineamento transversal envolvendo 512 pacientes remetidos por seus médicos responsáveis para realização de endoscopia digestiva alta na Clínica de Endoscopia e Gastro de Florianópolis, localizada na cidade de Florianópolis-SC no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2008. Foram analisados os sintomas ou indicações para a realização do exame endoscópico, o diagnóstico e o grau de esofagite erosiva.

Resultados: A média de idade dos pacientes foi de 44,9 anos. Houve predomínio da população feminina (61,3%) em relação à masculina (38,7%). O sintoma mais frequentemente encontrado foi epigastralgia (47,1%), seguido por dispepsia e sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico com 21,1% cada e sintomas atípicos em apenas 1,75%. Entre os pacientes com sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico, percebeu-se lesões esofágicas erosivas em apenas 13%. Diagnosticou-se a presença de hérnia

hiatal em 26,56% dos pacientes, esofagite em 8% e câncer em 0,4%. Observou-se endoscopias normais em 19,1% dos pacientes.

Conclusão: Houve pouca correlação entre sintomas e achados endoscópicos. Vários pacientes com clínica de doença do refluxo gastroesofágico apresentam sintomas associados, como epigastralgia e dispepsia.

Descritores: 1. Refluxo gastroesofágico;
2. Sintomas clínicos;
3. Endoscopia.

Abstract

Objective: To investigate the relationship between the results of upper gastrointestinal endoscopy and symptoms in patients submitted to endoscopic exams. To relate the presence of typical or non typical symptoms of the gastroesophageal reflux disease and their respective results, and describe patients with other symptoms or pathologies with endoscopic findings of reflux disease.

Methods: Cross section observational study involving 512 patients remedied by their physicians to realize upper gastrointestinal endoscopy in the Endoscopia e Gastro de Florianópolis Clinic in the city of Florianópolis-SC, in the period of January of 2007 through January of 2008. The symptoms or indications for the realizations of the endoscopic exams, the diagnosis, and the level of erosive esophagite, were analyzed.

1 - Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

2 - Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); Professor do Sistema Digestivo e Metabólico na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

Results: The average age of the patients was 44.9 years, there was a predominance of the feminine gender (61.3%) in relation to the masculine gender (38.7%). The most frequent symptom found was epigastralgia (47.1%), followed by dyspepsia and typical symptoms of the disease with 21.1% each, and non typical symptom in only 1.75%. Only 13% of the patients with typical symptoms, for the gastroesophageal reflux disease, presented erosive lesions. Hiatal hernia was diagnosed in 26.56% of the patients, esophagitis in 8%, and cancer in 0.4%. In 19.1% normal endoscopies were observed.

Conclusion: There was poor correlation between symptoms and endoscopic findings. Many patients with clinical gastroesophageal reflux disease present associated symptoms such as epigastric pain and dyspepsia.

Key Words: 1. *Gastroesophageal reflux;*
2. *Clinical symptoms;*
3. *Endoscopy.*

Introdução

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, acarretando variável espectro de sintomas (esofágicos ou extra-esofágicos), associados ou não a lesões teciduais esofágicas diagnosticadas pelo exame endoscópico, segundo o Consenso Brasileiro de DRGE¹. E, atualmente, uma definição e classificação aceitável globalmente dessa patologia é a desenvolvida no Consenso de Montreal, no qual afirma que a DRGE ocorre quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas incômodos e/ou complicações ao paciente².

A grande importância médico-social dessa enfermidade deve-se à elevada e crescente incidência e por determinar sintomas de intensidade variável, que se manifestam por tempo prolongado, podendo prejudicar consideravelmente a qualidade de vida do paciente³.

No Brasil, realizou-se um estudo em 22 cidades, que teve amostra populacional de 13.959 indivíduos, permitindo estimar que a prevalência de DRGE é de aproximadamente 7,7% nessa população⁴. No entanto, essa análise não

considerou as manifestações atípicas que elevariam substancialmente esses índices⁵. Numa visão mais abrangente, foi relatada prevalência crescente na América do Norte e na Europa, mas não na Ásia⁶. Pode-se dizer que no Ocidente a prevalência da DRGE é entre 10% e 20% (aproximadamente 5/1.000 pessoas-ano)⁷.

As manifestações clínicas da DRGE dividem-se em típicas e atípicas. A apresentação típica está diretamente relacionada à ação do conteúdo gastroduodenal refluído sobre o esôfago^{8,9}. E a forma atípica, deve-se à ação do material gástrico refluído sobre os órgãos adjacentes ou aumento do reflexo esôfago-brônquico^{9,10}.

Os sintomas e as condições associadas à DRGE incluem: sintomas típicos que se caracterizam por regurgitação ácida e pirose e sintomas atípicos como halitose, sensação de globus, dor torácica não cardíaca, pigarro e rouquidão. De igual sorte, pode-se citar sintomas extra-esofágicos que também representam a DRGE como sinusite, otite média, tosse crônica, laringite, erosões dentárias, asma não atópica, pneumonias de repetição e fibrose pulmonar^{5,11}. Relata-se que pacientes com manifestações atípicas frequentemente não apresentam concomitância com as manifestações consideradas típicas da doença^{3,5}.

A investigação diagnóstica pode ser realizada seguindo uma seqüência de exames que inicia com a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), posteriormente o estudo radiológico contrastado do esôfago, a manometria esofágica (com ou sem estímulo) e a phmetria esofágica prolongada⁵.

A EDA, no Brasil, deve ser realizada em pacientes com idade superior a 40 anos e com manifestações de alarme (disfagia, emagrecimento, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva, história familiar de câncer, náuseas e vômitos, sintomas de grande intensidade ou de ocorrência noturna)⁵. Além disso, história prévia de úlcera gástrica ou cirurgia gástrica e uso de anti-inflamatórios não esteroidais indicam a realização do exame endoscópico¹¹.

A endoscopia digestiva alta é o método de escolha para o diagnóstico das lesões causadas pelo refluxo gastroesofágico⁵. Ela avalia a presença e o grau de esofagite e permite realizar biópsia quando houver indicação^{3,5}. A EDA caracteriza a presença de complicações da DRGE (esôfago de Barrett, estenose e ulcerações esofágicas)^{3,5}. E evidencia afecções associadas como hérnia hiatal, úlcera péptica gastroduodenal ou neoplasias³.

No entanto, sabe-se que o exame endoscópico tem

uma sensibilidade de aproximadamente 50% para o diagnóstico de DRGE⁵. Pacientes portadores dessa enfermidade podem desenvolver erosões esofágicas visíveis à endoscopia ou endoscopia sem erosões que também é chamada de doença do refluxo com endoscopia negativa. Sendo essa última forma causada por mediadores inflamatórios e ácidos que produzem sintomas, tanto pela ação nervosa, quanto pela contração muscular anormal e apresentam uma hipersensibilidade visceral¹². A DRGE não erosiva passou a ser definida pelo Consenso de Montreal como a presença de sintomas incômodos associados ao refluxo e à ausência de lesão na mucosa visto pelo exame endoscópico².

A esofagite endoscópica ocorre em 50% dos pacientes com DRGE e predomínio de manifestações típicas e em apenas 15% a 20% daqueles com predomínio das manifestações atípicas³. Sendo assim, pode-se perceber que o achado de erosões ao exame endoscópico é menos comum nas manifestações atípicas do que nas típicas da DRGE⁵. Portanto, a ausência de esofagite na EDA não exclui o diagnóstico de DRGE^{3,5}.

Sabe-se que a esofagite de refluxo é definida pela existência de soluções de continuidade da mucosa do esôfago distal, visíveis na EDA². No entanto, apesar de existir pouca correlação entre os sintomas e a presença de lesões esofágicas, a maior frequência e intensidade da pirose associam-se em alguns doentes com formas mais complicadas da DRGE². Dessa forma, a endoscopia mostra-se um exame de *screening* para esôfago de Barrett ou adenocarcinoma, as quais se apresentam como as complicações mais graves da DRGE^{1,3}.

Por outro lado, existem vários consensos e revisões sobre o assunto que se opõem quando falam sobre as indicações da EDA como um exame de rastreamento para diagnosticar complicações dessa enfermidade. Afinal, aproximadamente 1 em 5 adultos tem pirose no mínimo 1 vez por semana e, desses, apenas 5% têm esôfago de Barrett, mas 40% dos pacientes com adenocarcinoma esofágico têm sintomas mínimos de refluxo ou são assintomáticos¹³.

Dessa forma, o AGA Chicago Workshop estabeleceu que a endoscopia, como exame de *screening* para esôfago de Barrett em uma população assintomática e maior de 50 anos de idade, só deve ser realizada quando há uma alta prevalência dessa patologia, ou um alto risco para progressão neoplásica, ou ainda múltiplos fatores de risco para essas complicações¹³. Entre esses fatores de risco, pode-se citar duração prolongada e frequência aumentada dos sintomas de DRGE, raça branca, uso

de álcool, fumo, obesidade e hérnia hiatal¹³. No entanto, na Suíça, onde o esôfago de Barrett tem uma prevalência de 1,6% na população em geral, os principais fatores de risco são álcool e fumo e o exame endoscópico de rotina é aceito em toda população maior de 50 anos de idade¹⁴.

O estudo Loiano-Monguidoro, realizado em dois bairros italianos entre os anos de 2000 e 2004, avaliou os sintomas de DRGE, comparou-os com os achados endoscópicos e observou uma prevalência de esofagite em 12% desses pacientes sintomáticos¹⁵. E apresentou a hérnia de hiato como um fator de risco significativo para a esofagite¹⁵. Por outro lado, o fumo, o álcool, a ingestão de café, o uso de aspirina ou drogas antiinflamatórias não esteroidais ou corticoesteróides não se revelaram como fatores predisponentes à esofagite¹⁵.

Portanto, a endoscopia digestiva alta mostra-se um exame de grande importância para avaliar as eventuais consequências da DRGE³. As quais apresentam um aumento significativo na sua incidência com o passar dos anos¹⁶. A EDA tem grande importância ao elucidar a esofagite e seu respectivo grau. Afinal, a presença de esofagite foi vista em 40% a 60% dos exames endoscópicos de pacientes com DRGE em alguns estudos realizados na América do Norte¹⁶.

Além disso, essa enfermidade tem um impacto negativo na qualidade de vida desses pacientes¹⁶. Um estudo recente com 130.000 indivíduos, nos Estados Unidos da América, mostrou que a pirose frequente limita as atividades e a produtividade diária dos pacientes com DRGE¹⁷. Sendo que 80% desses indivíduos afetados referem redução do apetite, 60% têm distúrbios do sono e 40% relatam dificuldade de concentração no trabalho¹⁷.

Percebe-se, então que a Doença do Refluxo Gastroesofágico é uma condição debilitante e caracterizada por uma sintomatologia crônica¹⁷. Sendo necessário relacionar os sintomas apresentados pelos pacientes com os achados endoscópicos, a fim de descobrir algumas particularidades da DRGE. Afinal, esse tema é frequente na área médica e traz consigo sintomas incômodos e complicações futuras. Sendo assim, pode-se perceber que a importância desse estudo deve-se ao fato de que futuros médicos saibam reconhecer os sintomas de seus pacientes com DRGE e estar cientes de possíveis complicações presentes no exame endoscópico ou, até mesmo, esperar endoscopias com laudos normais.

Esse trabalho tem como objetivo investigar a relação entre os resultados da endoscopia digestiva alta e sintomatologia de DRGE em pacientes submetidos ao

exame endoscópico. Possibilitando uma análise da presença de sintomas típicos ou atípicos de DRGE e seus respectivos resultados e descrevendo pacientes com outros sintomas ou patologias e achados endoscópicos de DRGE.

Métodos

Estudo observacional, com delineamento transversal, baseado em banco de dados secundário, tendo como população de referência 600 pacientes remetidos por seus médicos responsáveis para realização de endoscopia digestiva alta (EDA), na Clínica de Endoscopia e Gastro de Florianópolis, localizada na cidade de Florianópolis-SC no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2008. No estudo foram incluídos 512 pacientes, todos acima de 18 anos de idade, com sintomas digestivos altos e com indicação para a realização de EDA na clínica de gastroenterologia no período em questão. Foram excluídos 88 pacientes os quais eram menores de 18 anos de idade ou com informações incompletas.

A coleta de dados foi realizada selecionando todos os prontuários clínicos de pacientes que obedeciam as regras de inclusão desse estudo. Criou-se um protocolo de pesquisa padronizado com as variáveis gênero, idade, sintomas ou indicações para realizar EDA. Os sintomas analisados foram epigastralgia, dispepsia, hemorragia digestiva, emagrecimento, sintomas típicos e atípicos de DRGE, tratamento de úlcera péptica, história familiar de câncer digestivo, uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINES), gastrectomia prévia, outros sintomas e qual o outro sintoma.

O diagnóstico endoscópico também foi uma das variáveis de interesse e era classificado como normal, gastrite endoscópica, úlcera péptica gástrica, úlcera péptica duodenal, câncer, outro diagnóstico e qual o outro diagnóstico. Considerou-se a elevação da linha Z 2cm ou mais acima do pinçamento diafragmático para o diagnóstico endoscópico de hérnia de hiato. Além disso, foi analisado o grau de esofagite erosiva, conforme a classificação endoscópica de Savary-Miller modificada¹⁸, a qual é uma das classificações mais frequentemente utilizadas nos serviços de EDA e essa é a forma de avaliar os achados endoscópicos, usada na clínica onde o estudo foi realizado.

Os dados foram digitados utilizando o programa *EpiData(3.1)* e analisados no programa *EpiInfo (6.04)*. As variáveis qualitativas foram descritas por proporções e taxas. As variáveis quantitativas foram descritas por

medidas de tendência central e dispersão.

O estudo foi submetido à comissão de ética em pesquisa - CEP - da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL e foi aprovado sob registro nº 07.365.4.01.III.

Resultados

Dos 600 pacientes inicialmente listados para inclusão no presente estudo, apenas 512 preenchiam os critérios de inclusão. Houve predomínio da população feminina, que representou 314 pacientes (61,3%), em relação à masculina, que foi de 198 pacientes (38,7%). A média de idade dos pacientes foi de 44,9 anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 89 anos. Desses, 309 pacientes (60,4%) tinham mais de 40 anos.

Os sintomas ou indicações para realizar endoscopia digestiva alta (EDA) foram listados na tabela 1. Sabe-se que alguns pacientes tinham associação de 2, 3 ou 4 sintomas e esses foram mostrados na tabela 2. A associação de sintomas dificultou o cruzamento de dados e a sua correlação, mas sem intervir na confiabilidade desse estudo.

O diagnóstico endoscópico teve uma frequência variável. Dos 512 casos analisados, observou-se, gastrite endoscópica em 298 pacientes (58,2%), hérnia hiatal em 136 pacientes (26,56%), diagnóstico endoscópico normal em 98 pacientes (19,1%), esofagite em 41 pacientes (8%), úlcera péptica duodenal em 15 pacientes (2,9%), úlcera péptica gástrica em 12 pacientes (2,3%) e câncer em 2 pacientes (0,4%).

Dos 108 pacientes que referiam sintomas típicos de DRGE, como pirose e regurgitação, a maioria teve diagnóstico endoscópico de gastrite endoscópica, representando 57 pacientes (52,8%); diagnóstico normal ocorreu em 21 (19,4%); úlcera péptica duodenal em 2 (1,9%) e outros diagnósticos em 53 pacientes (49,1%) sendo que entre esses observou-se hérnia hiatal em 24 (22,2%) e esofagite erosiva em 14 (13%). Utilizou-se a classificação de Savary-Miller para quantificar o grau de esofagite e foi encontrado 13 pacientes (12%) classificados como grau 1 e apenas 1 paciente (0,92%) como grau 2. Não houve pacientes com sintomas típicos de DRGE e diagnóstico endoscópico de câncer. Houve predomínio da população feminina com 74 pacientes (68,5%) em relação à masculina com 34 pacientes (31,5%).

Houve apenas 9 pacientes (1,75%) com sintomas atípicos de DRGE. Entre esses, observou-se 3 pacientes

com halitose os quais tinham diagnóstico endoscópico normal, 2 pacientes com dor retroesternal sendo que 1 tinha diagnóstico normal e o outro esofagite erosiva grau 1. Além disso, pigarro, rouquidão, pneumonia de repetição e tosse tiveram uma frequência de 1 paciente por sintoma e todos tinham diagnóstico endoscópico normal.

O presente estudo revelou um número considerável de pacientes que tinham outros sintomas, que não se incluíam em típicos e nem em atípicos de DRGE. Entre esses, pode-se citar os 241 pacientes com epigastralgia, onde se observou o diagnóstico de gastrite endoscópica em 159 pacientes (66%), endoscopia normal em 42 pacientes (17,4%), hérnia de hiato em 34 pacientes (14,1%), esofagite erosiva em 19 pacientes (7,8%), sendo que 15 pacientes (6,2%) foram classificados como grau 1 de Savary-Miller¹⁸ e 4 pacientes (1,65%) como grau 2. Houve apenas 1 caso (0,41%) de esôfago de Barrett encontrado em um paciente do sexo masculino, com queixa de epigastralgia e sem outros sintomas esofágicos. Foi visto 1 caso (0,41%) de câncer de esôfago.

Sintomas dispépticos foram encontrados em 108 pacientes (21,1%) desses, 70 (64,8%) tinham diagnóstico de gastrite endoscópica, 20 pacientes (18,5%) apresentavam hérnia hiatal, 19 (17,6%) tinham diagnóstico endoscópico normal, 6 (5,6%) com esofagite erosiva e entre esses todos foram classificados como grau 1 de Savary-Miller¹⁸, úlcera péptica gástrica foi visto em 4 pacientes (3,7%) e não houve nenhum caso de câncer diagnosticado endoscopicamente.

Houve 18 pacientes (3,5%) com gastrectomia prévia como indicação para realizar endoscopia e entre esses, viu-se 1 paciente com suspeita de câncer gástrico.

Esofagite erosiva foi quantificada conforme a classificação de Savary-Miller modificada¹⁸ e percebeu-se que 471 pacientes (92%) tinham diagnóstico de grau 0 (zero) ou seja normal, sem lesões esofágicas erosivas, mas podendo ter outros diagnósticos endoscópicos. 36 pacientes (7%) apresentaram grau 1 e 5 pacientes (1%) foram classificados como grau 2. Entre todos os pacientes com esofagite erosiva o grau 1, foi visto em 14 pacientes (38,9%) abaixo de 40 anos e em 22 pacientes (61,1%) com 40 anos ou mais. Enquanto que a esofagite grau 2, ocorreu em 2 pacientes (40%) abaixo de 40 anos e em 3 pacientes (60%) com idade superior a 40 anos. Em se tratando da idade, pode-se perceber que os dois casos de câncer relatados foram em pacientes acima de 40 anos e do sexo masculino.

Discussão

Há controvérsias na literatura quanto à associação entre sintomas de DRGE e o sexo¹⁹. Um estudo realizado na Dinamarca, em 1994, mostrou prevalência maior em homens (38%) em relação às mulheres (30%)²⁰. No entanto, um estudo com 3.934 pacientes entrevistados em Pelotas-RS entre o ano de 1999 e 2000 registrou 34,3% de mulheres com sintomas de DRGE e apenas 27,4% homens¹⁹. Nota-se que alguns estudos encontraram maior risco para homens^{20,21}, outros para mulheres^{19,22} assim como o presente estudo que apresentou predomínio da população feminina (68,5%) em relação à masculina (31,5%).

A presença de epigastralgia, descrita pela maioria dos pacientes como dor abdominal, mostrou-se o sintoma mais frequente como indicação para realizar endoscopia. Estudos recentes mostram um aumento da prevalência de dor epigástrica na DRGE e o Consenso de Montreal afirmou ser a epigastralgia um dos principais sintomas da doença do refluxo gastroesofágico²³. Sabe-se que alguns pacientes tinham sintomas associados, e entre essas associações viram-se sintomas típicos de DRGE e epigastralgia em 40 pacientes (8%). Porém, existem dois grandes estudos randomizados que mostraram 69% dos pacientes com essa associação de sintomas²³.

As manifestações típicas da DRGE, que incluem pirose e regurgitação, foram encontradas em 21,1% dos pacientes e sintomas atípicos em apenas 1,75%. Dessa forma, condizendo com a literatura ao relatar que pacientes com manifestações atípicas frequentemente não apresentam concomitância com as manifestações consideradas típicas da doença^{3,5}.

Camilleri et al, ao avaliarem a prevalência de sintomas dos distúrbios gastrointestinais superiores nos Estados Unidos, em 17.484 pacientes observaram que a dispepsia do tipo funcional era o sintoma mais frequente (23%) e os sintomas típicos de DRGE ocorriam em 22%^{24,25}. Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo, dispepsia em 21,1% e sintomas típicos também em 21,1% dos pacientes. A literatura mostra de 33 a 35% dos pacientes com associação de dispepsia e sintomas típicos^{24,25}, mas nossa amostra observou apenas 5 pacientes (0,97%).

Os sintomas de alarme (disfagia, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva e emagrecimento) foram indicações para a realização de EDA nesse estudo conforme normas pré-estabelecidas²⁶. Entre esses sintomas, a disfagia é descrita na literatura como uma manifestação pouco

prevalente (5%) entre os pacientes com DRGE e menos ainda nesse trabalho, o qual relatou-a em apenas 17 pacientes (3,32%)².

Em relação ao diagnóstico endoscópico, firmou-se mais uma vez o que já vem sendo evidenciado em vários estudos: achados endoscópicos negativos ou ausência de lesões esofágicas são frequentes em pacientes com sintomas típicos ou atípicos de DRGE e isso não pode excluir o diagnóstico^{2,3,5}. No entanto, houve discordância da literatura em relação à frequência de esofagite erosiva nos pacientes com DRGE. Estudos norte-americanos sugerem uma prevalência de 40 a 60 % de esofagite em pacientes com DRGE¹⁶. Enquanto que o estudo Loiano-Monguidoro, realizado na Itália, mostrou uma prevalência de 12%¹⁵. Este, assemelhando-se mais ao presente estudo que achou 14 pacientes (13%) com esofagite erosiva e sintomas de DRGE. Além desses, houve um estudo endoscópico na China com 16.606 pacientes com DRGE que encontrou apenas 4% de esofagite endoscópica²⁷.

A presença de lesões esofágicas à endoscopia em pacientes com sintomas atípicos de DRGE, teve uma baixa prevalência e mostrou-se menos comum se comparado a pacientes com manifestações típicas da doença, estando assim em concordância com a literatura^{3,5}.

Confirmou-se a pouca correlação entre os sintomas e a presença de lesões esofágicas; afinal, os graus mais acentuados de esofagite, segundo a classificação de Savary-Miller modificada¹⁸, foram encontrados em pacientes com epigastralgia e não com sintomas típicos da doença do refluxo gastroesofágico ou sintomas de alarme^{2,11}.

A hérnia hiatal tem sido identificada como fator importante na promoção de episódios de refluxo e potencialização da exposição ácida no estômago, estando relacionada com maior frequência à doença erosiva e complicada^{12,13,15,28}. Entre os 512 pacientes estudados evidenciou-se 136 casos (26,56%) de hérnia hiatal, assim mostrando-se com uma prevalência expressiva. Entre os 108 pacientes com clínica típica de DRGE, 22% apresentaram hérnia hiatal, revelando-se como possível fator predisponente ao refluxo.

Ronkainen et al mostrou em seu estudo endoscópico, com 3.000 pacientes na Suíça, uma prevalência de 1,6% de esôfago de Barrett¹⁴. Enquanto que o presente trabalho teve uma prevalência menor sendo de apenas 1 paciente (0,2%). No entanto, apesar de ser uma complicação pouco frequente na DRGE, sabe-se que há associação com refluxo gastroesofágico e é uma condição pré-maligna para adenocarcinoma²⁹.

Esse estudo apresentou apenas 2 casos de câncer,

sendo um esofágico e um gástrico, diagnosticados no exame endoscópico ocorridos em pacientes acima de 40 anos e do sexo masculino, estando em conformidade com o consenso brasileiro de DRGE o qual relata uma ocorrência maior no sexo masculino em relação ao feminino e que acomete mais pacientes com idade superior a 40 anos⁵. Portanto, nota-se a importância de realizar EDA em pacientes sintomáticos com mais de 40 anos de idade.

Ao final do presente estudo, pode-se concluir que há pouca correlação entre sintomas e resultados da endoscopia em pacientes com suspeita de DRGE. 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. Notou-se uma prevalência alta de pacientes com doença do refluxo e endoscopia negativa, sendo essa uma tendência da maioria dos estudos¹². E sendo explicada pela ação de mediadores inflamatórios e ácidos que produzem sintomas tanto pela ação nervosa quanto pela contração muscular anormal¹². De igual sorte, os sintomas típicos tiveram maior prevalência de esofagite erosiva em relação aos atípicos.

A EDA mostrou-se um exame pouco específico para diagnóstico da patologia em questão, mas nota-se a 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 Barret, úlcera ou câncer do aparelho digestivo. Dessa forma, tentando diagnosticar essas lesões de alto risco mais precocemente e assim tentar intervir enquanto ainda há tempo e condições.

Referências bibliográficas:

1. 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: 241-8.
2. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. Global Consensus Group The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(8): 1900-20.
3. Nasi A, Moraes-Filho JPP, Cecconello I. Doença

- do refluxo gastroesofágico: revisão ampliada. *Arq Gastroenterol* 2006; 43(4): 334-41.
4. Moraes-Filho JPP, Chinzon D, Eisig JN, Hashimoto CL, Zaterka S. Prevalência da pirose e da doença gastroesofágica numa população urbana brasileira. *Arq Gastroenterol* 2005; 42(2): 122-7.
 5. II Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 2003 Dezembro.
 6. El-Serag HB. Time Trends of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5(1):17-26.
 7. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005; 54: 710-7.
 8. Orlando RC. Pathogenesis of Gastroesophageal reflux disease. *Am J Med Sci* 2003; 326(5): 274-8.
 9. Fass R. Gastroesophageal reflux disease revisited. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31 (4 Suppl): S1-S10.
 10. Fiss E, Mott CB, Chinzon D et al. Asthma induced by instillation of cloridric acid in the oesophagus. *Chest* 1994; 106: 147.
 11. Forgacs I, Fox M. Clinical review: Gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ* 2006; 332: 88-93.
 12. Diamant NE. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *GI Motility online* 2006. Disponível em <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo21.html>. [Acesso em 15/09/2007].
 13. Sharma P, McQuaid K, Dent J, et al. A critical review of the diagnosis and management of Barrett's esophagus: the AGA Chicago Workshop. *Gastroenterology* 2004; 127(1): 310-30.
 14. Ronkainen J et al. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: An endoscopic study. *Gastroenterology* 2005; 129(6): 1825-31.
 15. Zagari RM, Pozzato P, Damian S, Bianchi ML, Ceroni L, Fuccio L et al. Relationship between gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis in the general population: Loiano-Monguidoro study. *Gastroenterology* 2006; 130(4 Suppl 2): T1018.
 16. Richter JE, Kahrilas PJ, Sontag SJ, Kovacs TO, Huang B, Pencyla JL. Comparing Lansoprazole and Omeprazole in onset of heartburn relief: results of a randomized, controlled trial in erosive esophagitis patients. *Am J Gastroenterol* 2001; 96 (11): 3089-98.
 17. Hungin P, Liker H, Wiklund I. Managing gastroesophageal reflux disease in primary care: The patient perspective. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 393-400.
 18. Chinzon D, Rossini ARA, Kiburud B, Navarro-Rodrigues T, Barbuti RC, Hashimoto CL, et al. Projeto Diretrizes. Refluxo Gastroesofágico: diagnóstico e tratamento, Federação Brasileira de Gastroenterologia. 2003. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/084.pdf. [Acesso em 15/09/2007].
 19. Oliveira SS, Santos IS, Silva JFP, Machado EC. Prevalência e fatores associados à doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol* 2005; 42 (2): 116-121.
 20. Kay L, Jorgensen T, Jensen kh, Epidemiology of abdominal symptoms in a random population: prevalence, incidence, and natural history. *Eur. J Epidemiol* 1994;10: 559-66.
 21. Bolin TD, Korman MG, Hansky I, Stanton R, Heartburn: community perceptions. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15: 1-2.
 22. Louis E, De Looze D, Deprez P et al. Heartburn in Belgium: prevalence, impacto n daily life, and utilization of medical resources. *Eur. J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14 (3): 275-84.
 23. Vakil N, Katz P, Traxler B et al. Resolution of epigastric pain accompanies resolution of heartburn in endoscopy negative GERD. *Gastroenterology* 2003;124: A-542.
 24. Camilleri M et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 542-543.
 25. Talley NJ. Digestive Disease Week (DDW 2007). Sintomas do refluxo e dyspepsia: como eles se relacionam? Washington USA. 2007
 26. Ferrari AP, Libera ED, Macedo EP. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 1ª ed. São Paulo; 2002.
 27. Ho KY, Lim LG. Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium. *Worl J Gastroenterol* 2003; 9 (10): 2135-36.
 28. Abrahão Jr. LJ, Lemme EMO, Carvalho BB, Alvariz A, Aguero GCC, Schechter RB. Relação entre o tamanho de hérnia hiatal e tempo de exposição ácida esofágica nas doenças do refluxo erosiva e não erosiva. *Arq. Gastroenterol* 2006; 43 (1): 37-40.
 29. Sharma P et al. The development and validation of an Endoscopic Grading Systems for Barret's Esophagus: The Prague C e M criteria. *Gastroenterology* 2006;131 (5): 1392-99.

Tabela 1 – Sintomas ou indicações para realizar EDA na Clínica de Endoscopia e Gastro de Florianópolis –SC no período de janeiro de 2007 a janeiro 2008.

<i>Sintomas ou indicações</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Epigastralgia	241	47,1
Dispepsia	108	21,1
Sintomas típicos de DRGE	108	21,1
Tratamento de úlcera péptica	19	3,7
Gastrite prévia	18	3,5
Disfagia	17	3,32
Gastrectomia prévia	10	2
Náuseas	10	2
Sintomas atípicos de DRGE	9	1,75
Emagrecimento	8	1,6
Uso de AINES	6	1,2
Anemia ferropriva	5	0,97
História familiar de câncer	4	0,8
Hemorragia digestiva	3	0,6

Tabela 2. Associação entre sintomas ou indicações para realizar EDA na Clínica de Endoscopia e Gastro de Florianópolis –SC no período de janeiro de 2007 a janeiro 2008.

<i>Sintomas associados</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sintomas típicos de DRGE e epigastralgia	40	8
Sintomas típicos de DRGE e dispepsia	5	0,97
Dispepsia e epigastralgia	5	0,97
Sintomas típicos de DRGE, dispepsia e epigastralgia	1	0,19

Endereço para correspondência:

Carine Psendziuk
 Rua Coronel Cabral 199 apto 602, Centro
 Tubarão - SC
 CEP: 88701-050
 E-mail: carinepsendziuk@yahoo.com.br