

REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM PEDIATRIA E AS PECULIARIDADES DO SEU TRATAMENTO: REVISÃO LITERÁRIA

Data de aceite: 21/03/2024

Nathalia Pereira Vaz

Médica residente de pediatria pela Santa casa de Misericórdia de Franca Franca-sp.

Julia Bettarello dos Santos

Médica residente de pediatria pela Santa casa de Misericórdia de Franca Franca-sp.

Clarissa Scandelari

Médica residente de pediatria pela Santa casa de Misericórdia de Franca Franca-sp.

Cynara Raquel da Silva Freitas

Médica Pediatra da Santa Casa de Misericórdia de Franca -SCMF

RESUMO: Refluxo gastroesofágico (RGE) é definido como a passagem retrógrada de conteúdo gástrico para o esôfago, algumas vezes atingindo a faringe e a boca. Os sintomas mais comuns que sugerem um problema de alimentação são dificuldades na sucção e deglutição, apneia, tosse repetitiva e/ou engasgos, irritabilidade excessiva, alterações de comportamento durante a alimentação, tempo de amamentação maior que 30 a 40 minutos,

recusa alimentar e déficit de crescimento. O diagnóstico baseia-se principalmente na suspeição clínica e no exame físico em crianças e adolescentes que apresentem sintomas típicos da DRGE, já nos lactentes, cujos sintomas são muito inespecíficos e nas crianças com sintomas atípicos ou extra digestivos a diretriz recomenda investigação diagnóstica. O tratamento se baseia inicialmente de medidas posturais, dietéticas, e conservadoras, podendo ir progredindo com o passar da investigação e se obtiver falha terapêutica. Este estudo demonstrou que os medicamentos como procinéticos, antiácidos, domperidona, bromoprida não são indicados para o tratamento da doença do refluxo e que uma das possibilidades seria investigação e exclusão de APLV.

PALAVRAS-CHAVE: “refluxo gastroesofágico”, “doença do refluxo gastroesofágico”, “regurgitação”

GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN PEDIATRICS AND THE PECULIARITIES OF ITS TREATMENT: LITERARY REVIEW

ABSTRACT: Gastroesophageal reflux (GER) is defined as the retrograde passage

of gastric contents into the esophagus, sometimes reaching the pharynx and mouth. The most common symptoms that suggest a feeding problem are difficulties in sucking and swallowing, apnea, repetitive coughing and/or choking, excessive irritability, changes in behavior during feeding, breastfeeding time longer than 30 to 40 minutes, food refusal and deficit of growth. The diagnosis is mainly based on clinical suspicion and physical examination in children and adolescents who present typical symptoms of GERD, in infants, whose symptoms are very non-specific and in children with atypical or extra digestive symptoms, the guideline recommends diagnostic investigation. Treatment is initially based on postural, dietary and conservative measures, and may progress as the investigation progresses and if treatment fails. This study demonstrated that medications such as prokinetics, antacids, domperidone, bromopride are not indicated for the treatment of reflux disease and that one of the possibilities would be investigation and exclusion of CMPA.

KEYWORDS: “gastroesophageal reflux”, “gastroesophageal reflux disease”, “regurgitation”

INTRODUÇÃO:

Refluxo gastroesofágico (RGE) é definido como a passagem retrógrada de conteúdo gástrico para o esôfago, algumas vezes atingindo a faringe e a boca. (Zeevenhooven J-2017) (Hibbs AM-2012) Na maioria das vezes, o refluxo gastroesofágico em recém-nascidos é uma condição benigna, pois se deve à imaturidade do sistema gastrointestinal, o que chamamos de refluxo fisiológico. (Sherman PM- 2009) As manifestações clínicas costumam ocorrer por volta dos 2 ou 3 meses de idade com pico por volta dos 4 a 5 meses, altura em que 40% dos bebês regurgitam mais de uma vez por dia, sobretudo no período pós prandial (García M-2013) (Zevit N-2015). Lembrando que o crescimento e desenvolvimento não são afetados. Porém esse quadro pode se tornar patológico, a chamada doença do refluxo gastroesofágico, quando está associada a sinais e sintomas. (Sherman PM- 2009) Os sintomas mais comuns que sugerem um problema de alimentação são dificuldades na sucção e deglutição, apneia, tosse repetitiva e/ou engasgos, irritabilidade excessiva, alterações de comportamento durante a alimentação, tempo de amamentação maior que 30 a 40 minutos, recusa alimentar e déficit de crescimento (Arvedson JC- 1996)

A decisão pela investigação diagnóstica dependerá do julgamento da gravidade e da repercussão dos sinais e sintomas apresentados. Dos exames, fazem parte a monitorização do pH esofágico, a impedanciometria esofágica, a cintigrafia gastroesofágica, estudos imagiológicos de contraste e esofagogastroduodenoscopia com biópsia (Lightdale J-2013) (García M-2013)

O diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) baseia-se principalmente na suspeição clínica, porém, de acordo com as últimas diretrizes da NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) e da ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), publicadas em 2018, a história clínica e o exame físico são suficientes para firmar o diagnóstico de DRGE

apenas em crianças e adolescentes que apresentem sintomas típicos da DRGE, tais como azia, pirose e dor epigástrica. Nos lactentes, cujos sintomas são muito inespecíficos (choro, irritabilidade e recusa alimentar) e nas crianças com sintomas atípicos ou extra digestivos (sibilância, tosse, apneia, dentre outros), a diretriz recomenda investigação diagnóstica. (Rosen R - 2018)

METODOLOGIA:

Realizou-se uma busca bibliográfica para aferir os artigos sobre o tema proposto. Os artigos foram consultados nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs. A pesquisa foi feita por meio do cruzamento entre os seguintes descritores: “refluxo gastroesofágico”, “doença do refluxo”, “regurgitação”. Foram utilizados artigos escritos em inglês, português e espanhol. Também foram usados livros que contemplam o tema e que puderam contribuir com a construção desta revisão, assim como artigos que foram sugeridos, como associação ao tema, pela base de dados durante a captação dos artigos. Assim, foram incluídos artigos originais, pesquisas quantitativas e qualitativas, estudos retrospectivos, artigos de revisão sobre o tema e estudos de casos. A pesquisa foi realizada em duas fases: (a) triagem de títulos e resumos: nesta fase, foram excluídos os artigos que não se adequaram à temática estudada; (b) após a primeira triagem dos títulos e resumos, foi verificada a existência de duplicidade dos artigos nas seleções das bases de dados, ou seja, se dois artigos iguais foram selecionados em bases de dados diferentes. Após essas duas triagens, os artigos selecionados foram lidos integralmente para a construção deste trabalho.

RESULTADOS:

Com base na pesquisa bibliográfica foram selecionados 25 estudos para a construção desta revisão integrativa. Na base de dados do PubMed/Medline foram captados 10 artigos. Na primeira fase da pesquisa, 8 artigos foram excluídos por não se adequarem ao tema deste estudo, pois se tratavam apenas de doença do refluxo em pacientes adultos. No Lilacs foram captados 6 artigos. Dois artigos foram utilizados na pesquisa. Um foi excluído por duplicidade e os outros 3 não se adequaram ao tema proposto. Na base de dados SciELO foram encontrados 9 artigos no cruzamento dos descritores “refluxo gastroesofágico”, “doença do refluxo”, “regurgitação”. Destes, cinco foram utilizados para leitura completa, e seus temas se referem ao diagnóstico da doença do refluxo, protocolos utilizados, quais critérios diagnósticos e diferenciação de refluxo fisiológico, além de medidas terapêuticas.

DISCUSSÃO:

Para diagnóstico da doença do refluxo pode realizar alguns exames complementares.

A radiografia esôfago-estômago-duodeno serve apenas para descartar anormalidades, pois ele investiga o refluxo apenas após a imediata ingestão dos alimentos. (Rosen R - 2018)

A endoscopia digestiva alta deve ser solicitada apenas na suspeita de complicações (esofagite, estenose péptica ou esôfago de Barrett). (Morais MB - 2017)

De acordo com a diretriz mais recente, o teste terapêutico empírico com inibidor de bomba de prótons (4 a 8 semanas) para diagnóstico de DRGE só deve ser utilizado em crianças e adolescentes com sintomas típicos de DRGE (azia, dor retroesternal e epigástrica). O teste terapêutico empírico não deve ser utilizado para o diagnóstico de DRGE em lactentes e nem em crianças com sintomas extra digestivos, tais como: tosse, asma, otite média aguda, dentre outros. (Rosen R - 2018)

No contexto de refluxo fisiológico, não há indicações claras sobre o uso de procinéticos ou anti-ácidos no tratamento desta condição, atualmente o manejo é feito com medidas comportamentais não medicamentosas, como manter o RN em posição vertical por 20 a 30 minutos após a mamada, dormir em posição supina (barriga para cima) com elevação da cabeceira a 30-40 graus, podendo colocar um travesseiro embaixo do colchão como forma de elevar a cabeceira da cama, rever a técnica de amamentação, reduzindo a possibilidade de ingestão aérea excessiva, utilização de fórmulas espessadas, fracionamento da dieta, evitar exposição passiva ao fumo. (Rosen R - 2018) (Sociedade Brasileira de Pediatria- 2017)

O tratamento atualmente se baseia a depender dos sinais e sintomas. Se a criança apresenta sinais de alarme, como febre; letargia; irritabilidade; alterações do desenvolvimento pondero-estatural; disúria; dor retroesternal; convulsões; vômitos persistentes, biliosos ou noturnos; hematêmese; melena; diarreia crônica; entre outros, nestes casos é necessário avaliações de outras doenças ou condições que justifiquem esses sintomas, sendo a doença do refluxo como diagnóstico de exclusão. Já quando o paciente não apresenta esses sinais de alerta podemos fazer uso de fórmula espessada, se ainda assim, não obtiver melhora dos sintomas, deve-se fazer teste terapêutico para APLV, com fórmula extensamente hidrolisada ou fórmula de aminoácidos e em lactentes de seio materno, fazer a dieta de exclusão da dieta da mãe por 2-4 semanas. (Rosen R - 2018)

Segundo o consenso de 2018 da NASPGHAN/ESPGHAN o ideal é início com tratamento conservador e não medicamentoso, como explicado acima.

O uso de procinéticos e citoprotetores são recomendados como sintomáticos, apenas para refluxo gastroesofágico sintomático. Os usos de IBPs são indicados para alívio de sintomas retroesternais e azia, e ou complicações. (Vandenplas Y- 2009)

A metoclopramida não é indicada no Brasil até o paciente ter 18 anos de idade, assim como a bromoprida não é citada em nenhum consenso ou guia pediátrico de RGE e DRGE, não sendo indicada para tratamento. (Rosen R - 2018)

O uso da domperidona no ano de 2018 também não foi recomendado devido seus intensos efeitos colaterais como alterações extrapiramidais, agitação e aumento de

cólicas em lactentes, que podem se confundir com a piora do quadro. Além de alterações associadas como o prolongamento do intervalo QT e arritmias ventriculares. (Rosen R - 2018)

CONCLUSÃO:

No entanto, conclui-se que o uso de não se deve utilizar IBPs em pacientes sem sinais de alarme ou com refluxo fisiológico.

Recomenda-se excluir APLV antes de usar medicamentos principalmente em lactentes com sintomas múltiplos e inespecíficos, realizando teste terapêutico de 2-4 semanas.

Dar preferências para tratamento conservador com medidas posturais, dietéticas, espessar fórmulas e dietas de exclusão em crianças com sintomas leves e moderados. Pois a maioria desses lactentes obtém melhora espontânea com o passar do tempo, não desenvolvendo complicações ou demais alterações, caso ocorra a falha deste tratamento recomenda-se que o paciente seja encaminhado para acompanhamento com gastroenterologista pediátrico.

REFERÊNCIAS:

1. Arvedson JC, Rogers BT. Swallowing and feeding in the pediatric patient. In: Perlman AL, SchulzeDelrieu K. Deglutition and its Disorder. Anatomy physiology, clinical diagnosis and management. San Diego: Cengage Learning. 1996. p.419-48.
2. García M, Cid J, Sánchez C. Gastroesophageal Reflux in Critically Ill Children: A Review. ISRN Gastroenterology 2013; 824320.
3. Hibbs AM. Maturation of motor function in the preterm infant and gastroesophageal reflux. In: Polin RA, Neu J, editors. Gastroenterology and nutrition: neonatology questions and controversies. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 13-25.
4. Lightdale J, Gremse D. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. American Academy of Pediatrics 2013;2013-0421.
5. Morais MB, Cruz AS, Sadvovsky AD, Brandt KG, Epianio M, Toporovski MS, et al [homepage on the Internet]. Regurgitação do lactente (Refluxo Gastroesofágico Fisiológico) e doença do refluxo gastroesofágico em Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria - Documento Científico – Departamento de Gastroenterologia Pediátrica; 2017 [cited 2018 May 20]. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20031c-DocCient_-_Regurg_lactente_RGEF_e_RGE.pdf
6. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, DiLorenzo C, Gottrand F, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Ped Gastroenterol Nutr. 2018;66:516-64.

7. Rosen R, Vandeplass Y, Singendonk M, Cabana M, Di Lorenzo C, Gottrand F et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint recommendations of NASPGHAN and the ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018; 66:516–54.
8. Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1278-95.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Gastroenterologia. Regurgitação do lactente (refluxo gastroesofágico fisiológico) e doença do refluxo gastroesofágico em Pediatria. Documento Científico nº 2, Dezembro de 2017. p. 16.
10. Vandeplass Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49:498–547.
11. Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for functional Gastrointestinal Disorders in Infants and toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017;20:1-13.
12. Zevit N, Shamir R. Regurgitation and Gastroesophageal Reflux. *Pediatric Nutrition in Practice* 2015;203-208