



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Maria Isabela Freire Cardoso

PROCESSO Nº.: 50164742220198130433

SECRETARIA: UJ 2º JD Juizado Especial

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: A. R. S.

IDADE: 49 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/Exame complementar Manometria esofágica e pHmetria 24 h

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: K 21.9 e R10.1

FINALIDADE / INDICAÇÃO: refluxo gastroesofágico sem esofagite (DRGE) e dor localizada no abdome superior

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 58.423

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2019.0001571

II – PERGUNTAS DO JUÍZO: requisição de informações acerca do exame pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para a sua realização.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme documentos médicos datados de 11/09/2019, trata-se de **ARS 49 anos com quadro sugestivo de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE)**. Apresentando **dor epigástrica, pirose, com episódios de regurgitação e piora dos sintomas com alimentos cítricos há mais de 1 ano**. Endoscopia digestiva alta sem esofagite. Teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons sem sucesso, sendo considerada **refratariedade ao tratamento**. **Necessita da realização dos exames de manometria e pHmetria esofágicas**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

de 24 horas para esclarecimento diagnóstico e tratamento adequado.

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 extraesofágicos, associados ou não a lesões teciduais. Afeta 20% dos adultos, apresentando grande importância médico-social, não só por sua elevada e crescente incidência, mas por determinar sintomas de intensidade variável, por tempo prolongado, capazes de prejudicar consideravelmente a qualidade de vida do paciente.

Sua fisiopatologia envolve disfunção da barreira esofagogástrica decorrente de: relaxamento transitório relevante do esfíncter inferior do esôfago (EIE), quando há distensão do fundo gástrico por alimento ou gás; hipotonia do EIE; peristaltismo esofagiano inadequado e consequente clearance esofágico inapropriado; retardo do esvaziamento gástrico; alteração na barreira gastroesofágica decorrente de hérnia hiatal por deslizamento, lesão da mucosa esofagiana, obesidade, gravidez e uso de estrógeno, que permitem o deslocamento de conteúdo gastroduodenal no esôfago. Este conteúdo gastroduodenal em contato cronicamente com a mucosa esofágica pode determinar complicações locais como: esôfago de Barrett, estenose péptica e hemorragia. A mais importante delas é o esôfago de Barret, por sua predisposição em progredir para adenocarcinoma.

As manifestações clínicas consideradas típicas da doença são pirose e regurgitação, que se coexistem, a possibilidade de DRGE é superior a 90%. Mais recentemente, reconheceu-se que outras manifestações clínicas atípicas podem ser causadas pelo refluxo gastroesofágico. Considera-se que dor torácica não coronariana, globus faríngeo e manifestações extraesofágicas respiratórias, otorrinolaringológicas e orais (tosse e asma brônquica; disfonia, laringite e pigarro; erosão dental, aftas e, halitose), além de distúrbio do sono, possam também ser decorrentes da DRGE.



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

A principal ferramenta para o diagnóstico da DRGE é a história clínica. Uma boa anamnese é fundamental para o diagnóstico da DRGE, com atenção especial aos sintomas típicos e atípicos no que diz respeito a duração, intensidade, frequência, fatores desencadeadores e relevantes, evolução e impacto na qualidade de vida. Se o paciente apresenta sintomas típicos, no mínimo duas vezes por semana, em período mínimo de quatro a oito semanas, a DRGE deve ser suspeitada. Entretanto, outras doenças tais como: úlcera péptica, gastrite e câncer gástrico podem também levar a estes sintomas. É importante lembrar que pacientes com manifestações atípicas, geralmente, não apresentam sintomas típicos de refluxo, não sendo possível excluir o diagnóstico DRGE na ausência das manifestações típicas.

Este diagnóstico possui sensibilidade de 67% e especificidade de 77% em pacientes com idade de até 54 anos e sintomas de pirose e regurgitação ácida. A necessidade de confirmação diagnóstica com exames subsidiários, está presente nos pacientes com sintomas atípicos; com probabilidade de DRGE complicada ou com sintomas de alarme tais como: disfagia, odinofagia, perda de peso, anemia, hemorragia digestiva, nos indivíduos com história familiar de câncer e naqueles com queixas de náuseas e vômitos e/ou sintomas de grande intensidade ou de ocorrência noturna; ou ainda, naqueles que persistem com os sintomas após tratamento empírico com inibidores de bomba de prótons (IBP).

A endoscopia digestiva alta (EDA) e a pHmetria esofágica prolongada são os dois métodos diretamente relacionados com o diagnóstico da DRGE. O primeiro identifica o tipo e extensão de dano aos tecidos, determinando as formas da doença que cursam com esofagite e o segundo caracteriza o subgrupo com RGE patológico sem esofagite.

A EDA, a despeito de apresentar baixa sensibilidade no diagnóstico da DRGE, deve ser o primeiro exame a ser solicitado pela possibilidade de existência de doença carcinomatosa e de complicações da DRGE. Assim a



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

ausência de esofagite à EDA não exclui DRGE.

A pHmetria esofágica prolongada não é necessária na maioria dos pacientes e não está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). Avalia a presença do refluxo ácido gastroesofágico e sua intensidade; caracteriza o padrão de refluxo (ortostático, supino ou combinado); relaciona a queixa clínica com o refluxo ácido gastroesofágico; identifica a DRGE em pacientes sem sinais de esofagite; estuda a participação do refluxo ácido nas manifestações atípicas deste e avalia os resultados cirúrgicos. Pode ser indicada para documentar a exposição anormal do esôfago à secreção ácida em pacientes com sintomas atípicos ou extra-esofágicos e em candidatos ao tratamento cirúrgico. Não avalia a presença de esofagite e de suas complicações e tampouco a ocorrência de refluxo não ácido.

A impedanciometria esofágica é um novo método que possibilita o acompanhamento do movimento anterógrado (transporte das substâncias ingeridas) e do movimento retrógrado (refluxo gastroesofágico) do conteúdo intraluminal esofágico. Tem contribuído para o melhor conhecimento da DRGE. Contudo, sua disponibilidade, na prática clínica assistencial, ainda é limitada. Não disponível no SUS. Associada à pHmetria (impedâncio-pHmetria esofágica), desponta como novo padrão-ouro para o diagnóstico da DRGE ao avaliar o movimento retrógrado do material refluído e caracterizar sua natureza física (líquido, gasoso ou misto) e química (ácido, não ácido e levemente ácido). A impedâncio-pHmetria esofágica está indicada nos casos de persistência dos sintomas a despeito do tratamento com inibidores da bomba de prótons, principalmente para determinar se tais sintomas são causados por refluxo ácido, não ácido (40% dos casos), ou ainda se não correlacionam com episódios de refluxo merecendo mais investigação.

Outros exames tais como estudo radiológico contrastado do esôfago, manometria esofágica não devem ser realizados visando diagnosticar DRGE. O estudo radiológico limita-se a identificar complicações como estenoses



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

e ulcerações, e condições favorecedoras do refluxo como a hérnia hiatal e ângulo esofagogástrico anormal.

A manometria esofágica permite avaliar o tônus pressórico dos esfíncteres e a atividade motora do corpo esofágico. Pode ser utilizado como parâmetro preditivo da evolução da DRGE e de avaliação das complicações disfágicas pós-operatórias. **Na prática clínica sua indicação é no diagnóstico de distúrbios motores específicos do esôfago** como: acalasia, aperistalse e hipocontratilidades associadas a doenças sistêmicas (neurológicas, cardíacas, colagenoses e diabetes). **Não está disponível no SUS. Pode ser usada para auxiliar o posicionamento do cateter ao nível do EEI na pHmetria.**

O tratamento clínico é a norma no controle dos sintomas; entretanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos. Medidas comportamentais, envolvendo **alterações no estilo de vida, são consagradas, a despeito da discussão existente quanto ao seu real efeito X qualidade de vida.** Dentre elas, são descritas mudanças no hábito alimentar com refeições balanceadas em intervalos regulares, sem ingestas de líquidos concomitantes, substâncias ácidas, abandono do tabagismo e álcool. **São cabíveis dois tipos de abordagem inicial: tratamento empírico (teste terapêutico) e tratamento baseado na confirmação diagnóstica** da afecção por exames subsidiários. **Na decisão sobre a abordagem a ser adotada, é importante considerar a idade e a presença ou não de manifestações de alarme.**

Atualmente as drogas de primeira escolha são os IBP. Estas drogas atuam nas células parietais do estômago, responsáveis pela produção de ácido clorídrico, inibindo a enzima H⁺, K⁺ -ATPase (ou BP) realizando a supressão ácida gástrica em até 95%, reduzindo a agressão do esôfago representada pelo ácido. São considerados muito eficazes e relativamente equivalentes durante o tratamento. O omeprazol é o IBP mais empregado em nosso país, sendo fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde por meio do CBAF, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

sistema. No tratamento empírico, é indicado como escolha para o teste terapêutico em pacientes com manifestações típicas, menores de 40 anos. Deve ser usado, inicialmente, por período de quatro a oito semanas. Se o paciente não apresentar abolição dos sintomas, a dose deve ser dobrada, isto é, antes do desjejum e antes do jantar. Em que pese sua grande contribuição no tratamento da DRGE, 20 a 42% dos pacientes não respondem de maneira satisfatória, é a chamada DRGE refratária. As primeiras causas da DRGE refratária são: pirose funcional, falta de aderência ao tratamento, erro de prescrição, diferenças genótípicas, refluxo gastroesofágico não ácido, doenças autoimunes, esofagite eosinofílica e erro de diagnóstico. Os antagonistas dos receptores H2 da histamina e os procinéticos são considerados drogas de segunda linha. Eles atuam bloqueando os receptores da histamina existentes nas células parietais, reduzindo a secreção de ácido. Os mais utilizados são a ranitidina, a famotidina, a cimetidina e a nizatidina. Os IBPs produzem uma supressão ácida significativamente mais eficaz e prolongada do que os antagonistas dos receptores H2 e são capazes de manter o pH intragástrico superior a 4 por até 16 a 18 h/dia. Os procinéticos têm a propriedade de acelerar o esvaziamento gástrico, porém não têm ação sobre os relaxamentos transitórios do EEI. Os mais empregados são a metoclopramida e a domperidona e devem ser indicados quando o componente de gastroparesia estiver presente. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que requerem uso contínuo de fármacos, que são intolerantes aos fármacos, os que não respondem adequadamente ao tratamento clínico prolongado e nas formas complicadas da doença e naqueles com manifestação extra-esofágica sem resposta a terapêutica clínica. A indicação absoluta do tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da doença. O tratamento cirúrgico dos pacientes com manifestações extra-esofagianas, é indicado principalmente para os refluídos crônicos com queixas



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

respiratórias, seguidos dos com laringite crônica com rouquidão.

Conclusão: trata-se paciente apresentando quadro sugestivo de DRGE, com dor epigástrica, pirose, episódios de regurgitação e piora dos sintomas com alimentos cítricos. EDA sem esofagite. Teste terapêutico com IBP sem sucesso. Necessita da realização dos exames de manometria e phmetria esofágicas de 24 horas para diagnóstico e tratamento adequados.

A DRGE faz parte das doenças do aparelho digestivo, associadas a presença do secreção gástrica. A principal ferramenta para o diagnóstico da DRGE é a história clínica. Uma boa anamnese é fundamental para o diagnóstico da DRGE, com atenção especial aos sintomas típicos e atípicos. A necessidade de confirmação diagnóstica com exames subsidiários, está presente nos pacientes com sintomas atípicos; com probabilidade de DRGE complicada ou com sintomas de alarme ou ainda, naqueles que persistem com os sintomas após tratamento empírico com IBP. A EDA e a pH-metria esofágica prolongada são os dois métodos diretamente relacionados com o diagnóstico da DRGE.

A EDA, apresenta baixa sensibilidade no diagnóstico da DRGE, não excluindo a DRGE ausência de esofagite à EDA.

A pH-metria esofágica prolongada não é necessária na maioria dos pacientes. Avalia a presença do refluxo ácido gastroesofágico e sua intensidade; caracteriza o seu padrão; relaciona a queixa clínica com o refluxo; identifica a DRGE em pacientes sem sinais de esofagite; estuda a participação do refluxo ácido nas manifestações atípicas do refluxo e avalia os resultados cirúrgicos. Pode ser indicada para documentar a exposição anormal do esôfago em situações específicas. Não avalia a presença de esofagite e de suas complicações, ou a ocorrência de refluxo não ácido.

A manometria esofágica indicada, na prática clínica, no diagnóstico dos distúrbios motores específicos do esôfago, pois permite avaliar o tônus pressórico dos esfíncteres e a atividade motora do corpo esofágico. Pode ser



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

usada para **auxiliar o posicionamento do cateter ao nível do EEI na realização da phmetria. Não deve ser realizada visando diagnosticar DRGE.**

A phmetria e a manometria esofágicas não estão disponíveis no SUS.

O tratamento clínico é a norma no controle dos sintomas; entretanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos. A droga de escolha para abordagem da DRGE é IBP. O SUS oferece a omeprazol por meio do CBAF, como a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema. Em que pese a grande contribuição dos IBP no tratamento da DRGE, 20 a 42% dos pacientes não respondem de maneira satisfatória, é a chamada DRGE refratária. As primeiras causas da DRGE refratária são: pirose funcional, falta de aderência ao tratamento, erro de prescrição, diferenças genóticas, refluxo gastroesofágico não ácido, doenças autoimunes, esofagite eosinofílica e erro de diagnóstico. O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes que requerem uso contínuo de fármacos, que são intolerantes aos fármacos, os que não respondem adequadamente ao tratamento clínico prolongado e nas formas complicadas da doença e naqueles com manifestação extra-esofágica sem resposta a terapêutica clínica.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1- Papadaxis MA & Mcphee SJ. **Currents Medical Diagnosis & Treatment.** 26. ed. New York: Lange Medical Publications, 2017.
- 2- Henry MACA. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **ABCD** 2014;27(3):210-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.
- 3- Braga MP, Silva CB, Adams AIH. Inibidores da bomba de prótons: Revisão e análise farmacoeconômica Disponível em: file:///C:/Users/f0206128/Downloads/m_2963-19982-2-PB.pdf.
- 4- Wannmacher L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. **Uso**



Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Corregedoria Geral de Justiça
Rua Goiás, 253, 8º andar, sala 801 - Belo Horizonte - MG
CEP 30190-030

Racion Medicam 2004;2(1):1-6. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_IBP_1204.pdf.

5- Varannes SB, Coron E, Galmiche JP. Short and long-term PPI treatment for GERD. Do we need more potent anti-secretory drugs? **Best Pract Res Cl Ga.** 2010;24:905–21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691810001137?via%3Dihub>.

6- Rohss K, Hasselgren G, Hedenstrom H. Effect of esomeprazole 40mg vs omeprazole 40mg on 24-hour intragastric pH in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease. **Dig Dis Sci.** 2002;47:954–58. Disponível em: file:///E:/CEMED/Nova%20pasta/NT%20949%20%C3%9Alcera%20p%C3%A9ptica%20Esomeprazol/A_1015009300955.pdf.

V – DATA:

09/12/2019

NATJUS - TJMG