

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. José Carlos de Matos

**PROCESSO Nº.:** 50009192920228130313

**CÂMARA/VARA:** 2º JD Juizado Especial

**COMARCA:** Ipatinga

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** M. V. P.

**IDADE:** 59 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Procedimento/Exame complementar Manometria e pHmetria

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10 K21.0

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Procedimentos necessários para diagnosticar a doença do REFLUXO GASTRO ESOÁGICO (CID K21.0)

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 55.045

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0002650

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Requisito informações acerca do exame pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para a sua realização.

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme documentações médicas apresentadas datadas de 06/08/2021, 17/09/2021, 10/12/2021 trata-se de MVP, **59 anos, com suspeita de doença do refluxo gastroesofágico, DRGE.** Apresentando **pirose com regurgitação e úlcera gástrica.** Submetida a endoscopia digestiva e ao uso de inibidores de bomba de prótons como omeprazole e domperidona, além de orientações de hábitos e alimentos. Solicita-se manometria e phmetria de esofago para diagnóstico, prognóstico e avaliação de indicação cirúrgica.

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 por hérnia hiatal de deslizamento, lesão da mucosa esofagiana, obesidade, gravidez e uso de estrógeno, que permitem o deslocamento de conteúdo gastroduodenal para o esôfago. Este conteúdo 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 de progredir para neoplasia.**

**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.**

**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, freqüência, 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 **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 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 (nerológicas, 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 ingestão 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<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> -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 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 jejum 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 genóticas, 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 ao tratamento clínico prolongado adequadamente 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 respiratórias, seguidos dos com laringite crônica com rouquidão.**

**Conclusão:** trata-se paciente **59** anos, com suspeita de **DRGE**. Apresentando **pirose** com **regurgitação** e **úlcera gástrica**. Submetida a **endoscopia digestiva**, ao uso de **inibidores de bomba de prótons** como **omeprazole** e **domperidona**, além de **orientações de hábitos e alimentos**. Solicita-se **manometria** e **pH-metria de esôfago** para **diagnóstico, prognóstico e avaliação de indicação cirúrgica**.

**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 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 e no presente caso, não foram apresentados dados que preencham os requisitos de indicação absoluta aos exames.**

**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 genotípicas, refluxo gastroesofágico não ácido, doenças autoimunes, esofagite eosinofílica e erro de diagnóstico. No caso em tela, não menção a resposta ao tratamento e vale ressaltar que a paciente em questão apresenta quadro de úlcera gástrica, que pode estar relacionada aos sintomas. 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- 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](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210).
- 2- 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](file:///C:/Users/f0206128/Downloads/m%202963-19982-2-PB.pdf).

3- Wannmacher L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais. **Uso Racion Medicam** 2004;2(1):1-6. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE\\_URM\\_IBP\\_1204.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_IBP_1204.pdf).

4- 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>.

5- 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](file:///E:/CEMED/Nova%20pasta/NT%20949%20%C3%9Alcera%20p%C3%A9ptica%20Esomeprazol/A_1015009300955.pdf).

**V – DATA:**

08/02/2022

NATJUS – TJMG