



Desafios no tratamento farmacológico e não farmacológico da doença do refluxo gastroesofágico

Challenges in the pharmacological and non-pharmacological treatment of gastroesophageal reflux disease

Desafíos en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Edilson Dos Santos Souza¹, João Pedro Carvalho Seba¹, Eder Magalhães Silva Fialho¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar os desafios enfrentados no tratamento farmacológico e não farmacológico da Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). **Revisão bibliográfica:** A DRGE pode ser descrita como uma condição em que o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago provoca uma série de sintomas, podendo ou não ser acompanhados de complicações. Esta situação é caracterizada pela presença de lesões na mucosa, identificadas por endoscopia e pela exposição anormal do esôfago ao ácido gástrico, evidenciada em estudos de monitoramento de refluxo. tratamento da DRGE envolve uma abordagem multifacetada que combina estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlar os sintomas, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Além do tratamento farmacológico, intervenções não farmacológicas desempenham um papel importante no manejo da DRGE, especialmente como parte de uma abordagem de tratamento multifacetada. **Considerações finais:** É necessário reforçar a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), dada a sua complexidade clínica e impacto na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Tratamento farmacológico, Tratamento não farmacológico, Doença do refluxo gastroesofágico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the challenges faced in the pharmacological and non-pharmacological treatment of gastroesophageal reflux disease (DRGE). **Literature review:** GERD can be described as a condition in which the reflux of gastric contents into the esophagus causes a range of symptoms, which may or may not be accompanied by complications. This situation is characterized by the presence of mucosal lesions identified by endoscopy and by abnormal esophageal exposure to gastric acid, as evidenced by reflux monitoring studies. The treatment of GERD involves a multifaceted approach combining pharmacological and non-pharmacological strategies to control symptoms, prevent complications, and improve patients' quality of life. In addition to pharmacological treatment, non-pharmacological interventions play an important role in managing GERD, especially as part of a multifaceted treatment approach. **Final considerations:** It is necessary to emphasize the importance of a multidisciplinary and individualized approach in the management of gastroesophageal reflux disease (GERD), given its clinical complexity and impact on patients' quality of life.

Keywords: Pharmacological treatment, Non-pharmacological treatment, Gastroesophageal reflux disease.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los desafíos enfrentados en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (DRGE). **Revisión bibliográfica:** La ERGE puede describirse como

¹Afyá Faculdade de Ciências Médicas de Santa Inês, Santa Inês - MA.

una condición en la que el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago provoca una serie de síntomas, que pueden o no estar acompañados de complicaciones. Esta situación se caracteriza por la presencia de lesiones en la mucosa, identificadas mediante endoscopia, y por una exposición anormal del esófago al ácido gástrico, evidenciada en estudios de monitoreo de reflujo. El tratamiento de la ERGE implica un enfoque multifacético que combina estrategias farmacológicas y no farmacológicas para controlar los síntomas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además del tratamiento farmacológico, las intervenciones no farmacológicas desempeñan un papel importante en el manejo de la ERGE, especialmente como parte de un enfoque de tratamiento multifacético. **Consideraciones finales:** Es necesario reforzar la importancia de un enfoque multidisciplinario e individualizado en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), dada su complejidad clínica e impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Tratamiento farmacológico, Tratamiento no farmacológico, Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica comum que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, com prevalência crescente em diversas populações. Caracterizada pelo retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, a DRGE é associada a uma série de sintomas incômodos, incluindo azia, regurgitação ácida, dor torácica e disfagia, que podem ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Apesar dos avanços na compreensão da fisiopatologia e no desenvolvimento de estratégias terapêuticas, o tratamento eficaz da DRGE continua sendo um desafio para os profissionais de saúde (NARCISO F, et al., 2023).

A complexidade da DRGE reside não apenas na variedade de sintomas apresentados pelos pacientes, mas também na diversidade de fatores de risco e na heterogeneidade das manifestações clínicas. Além disso, a doença pode se apresentar de forma atípica, com sintomas como tosse crônica, rouquidão e asma, o que muitas vezes dificulta o diagnóstico e o manejo adequado. Essa diversidade de apresentações clínicas destaca a necessidade de uma abordagem abrangente e individualizada no tratamento (ABNER F, 2021).

O manejo da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) envolve a aplicação conjunta de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, cuja eficácia depende da gravidade dos sintomas, da presença de possíveis complicações e da resposta individual do paciente ao tratamento. Entre os medicamentos mais utilizados estão os antiácidos, os inibidores da bomba de prótons (IBPs) e os antagonistas dos receptores de histamina, que têm como objetivo reduzir a produção de ácido gástrico e aliviar sintomas como azia e regurgitação. Esses fármacos atuam principalmente pela inibição específica da enzima $H^+/K^+-ATPase$ localizada na superfície secretora das células parietais gástricas, suprimindo assim a secreção ácida (GALVÃO JADC, et al. 2022).

Além das opções farmacológicas, intervenções não farmacológicas, como modificações no estilo de vida, dieta, perda de peso e elevação da cabeceira da cama, são frequentemente recomendadas como parte do manejo da DRGE, no entanto, a adesão a essas medidas pode ser desafiadora para alguns pacientes, e seu impacto na redução dos sintomas e na prevenção de complicações a longo prazo ainda é objeto de debate.

Em casos refratários ou complicados de DRGE, intervenções mais invasivas, como cirurgia antirrefluxo, podem ser consideradas para melhorar o controle dos sintomas e prevenir complicações graves, como esofagite, estenose esofágica e adenocarcinoma esofágico (BARREIRO BA, et al., 2023). Diante desse contexto, esta revisão narrativa teve como objetivo analisar os desafios enfrentados no tratamento farmacológico e não farmacológico da DRGE, explorando aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos.

Ao abordar esses desafios de maneira abrangente, espera-se contribuir com informações que possam orientar a prática clínica e promover a melhoria dos resultados dos pacientes com a presente doença. Ao mesmo tempo, identificar lacunas no conhecimento atual e áreas para futuras pesquisas pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes e personalizadas para o manejo dessa condição clínica complexa.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Conceito

A DRGE pode ser descrita como uma condição em que o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago provoca uma série de sintomas, podendo ou não ser acompanhados de complicações. Esta situação é caracterizada pela presença de lesões na mucosa, identificadas por endoscopia e pela exposição anormal do esôfago ao ácido gástrico, evidenciada em estudos de monitoramento de refluxo. A DRGE resulta do mau funcionamento da junção esofagogastrica, que inclui o esfíncter esofágico inferior (EEI) e o diafragma crural, juntamente a uma depuração esofágica comprometida e alterações na integridade da mucosa esofágica.

A esofagite de refluxo se desenvolve quando o retorno do suco gástrico desencadeia a liberação de citocinas e quimiocinas, atraindo células inflamatórias. Fatores como diminuição da produção salivar, retardo no esvaziamento gástrico e hipersensibilidade esofágica também podem contribuir para a doença (KATZ PO, et al., 2022). Por décadas, a DRGE tem sido analisada como uma sequência de condições que variam conforme a disfunção do EEI.

Em casos menos graves, que podem ser atribuídos ao relaxamento transitório de esfíncter, os pacientes apresentam sintomas não erosivos. Por outro lado, em situações mais severas, onde há uma disfunção acentuada desse esfíncter, observa-se esofagite erosiva ou o desenvolvimento do esôfago de Barrett. Esta progressão ao longo do espectro representa uma deterioração do desempenho esfinteriano, podendo ser influenciada por fatores adicionais, como motilidade esofágica ineficaz e hérnia de hiato (KATZKA DA, et al., 2020). Em condições normais, o conteúdo do estômago não retorna ao esôfago. Na DRGE, o refluxo é o principal fator que causa danos à mucosa esofágica.

O ácido clorídrico (HCL), um componente tóxico do suco gástrico, é o principal responsável pela irritação esofágica e pelos sintomas do refluxo. A presença de HCL interfere na diferença de potencial da mucosa esofágica, resultando em uma regulação menos eficiente do volume celular e, consequentemente, em danos à integridade da mucosa. Esses danos se manifestam como edema e necrose epitelial (SHARMA P e YADLAPATI R., 2021). Essa enfermidade pode ocorrer tanto em crianças como adultos, levando a complicações, portanto, uma compreensão da DRGE é crucial, pois estabelece os alicerces para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais específicas e personalizadas.

Sendo assim, é de importância vital reconhecer a complexidade dessa doença e suas diversas manifestações clínicas, permitindo assim, que os profissionais de saúde não apenas saibam tratar sintomas relacionados com essa condição, mas também, abordar causas subjacentes e os fatores de risco associado ao estilo de vida. Isso é importante em um cenário clínico onde a prevalência da patologia está aumentando globalmente, refletindo a necessidade de estratégias de manejo mais sofisticadas que possam melhorar de forma significável a qualidade de vida dos pacientes que manifestam essa moléstia (TARASZEWSK A, 2021).

Epidemiologia da Doença do Refluxo Gastroesofágico

A compreensão da prevalência, incidência, fatores de risco e distribuição da DRGE em diferentes populações e regiões geográficas é fundamental para abordar essa condição de forma eficaz. Pesquisas têm revelado que essa é uma das doenças gastrointestinais mais comuns em todo o mundo, afetando uma proporção significativa da população global sendo ainda mais prevalente em determinados grupos de risco, como idosos, obesos, indivíduos com hérnia de hiato e gestantes. incidência de aproximadamente 5 a 10 casos por 100.000 por ano (BRACCI GAZC, et al., 2023).

A compreensão da epidemiologia é essencial para identificar fatores de risco associados à doença. Diversos estudos têm demonstrado uma associação entre a obesidade e o desenvolvimento da DRGE, sugerindo que o excesso de peso corporal está fortemente relacionado ao aumento da pressão intra-abdominal e ao relaxamento do EEI, contribuindo para o refluxo ácido. Além disso, evidências indicam que o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, dieta rica em alimentos gordurosos e picantes, o uso de certos medicamentos (como relaxantes musculares, bloqueadores dos canais de cálcio e nitratos) e a gravidez podem aumentar o risco de desenvolver a doença (DUARTE FL, et al, 2025).

Embora a DRGE seja mais frequentemente diagnosticada em adultos, estudos recentes indicam um aumento na incidência da doença em crianças e adolescentes. A prevalência na faixa etária pediátrica varia entre 1,8% e 22%, sendo mais alta em lactentes do que em crianças de idade superior (ARAÚJO CAMDS, 2020). O predomínio em bebês tende a diminuir ao longo do tempo. Observa-se uma incidência de 25,5% no primeiro mês após o nascimento e 26,5% na sexta semana de idade, que declina para 7,7% aos 3 meses, 2,6% e 2,9% aos 6 meses, e finalmente para apenas 1,1% a 1,6% aos 12 meses de idade (SINTUSEK P, et al., 2023).

Fisiopatologia e fatores de risco

A fisiopatologia da DRGE é complexa e multifacetada, envolvendo uma interação entre diversos fatores anatômicos, funcionais e ambientais que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da doença. O principal mecanismo subjacente é o relaxamento inadequado do EEI, uma estrutura muscular localizada na junção entre o esôfago e o estômago, que normalmente impede o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. O relaxamento inapropriado do EEI permite que o ácido gástrico reflua para o esôfago, causando lesões na mucosa esofágica e sintomas característicos, como azia e regurgitação ácida (COSTA JIFD, 2022).

Além do comprometimento do EEI, outros fatores anatômicos podem contribuir para o refluxo gastroesofágico. A presença de uma hérnia de hiato, uma protrusão do estômago através do diafragma para o tórax, pode aumentar o risco de DRGE, facilitando o refluxo ácido através do esôfago (DURIGUETO, et al., 2023).

Em adição aos fatores anatômicos e funcionais, diversos fatores de risco ambientais e comportamentais podem contribuir para o desenvolvimento da DRGE. O consumo excessivo de alimentos gordurosos, picantes e ácidos, assim como a ingestão de grandes volumes de líquidos, podem aumentar a pressão intra-abdominal e relaxar o EEI, além de intenso tabagismo e o consumo excessivo de álcool que favorecem o refluxo gastroesofágico (DE MATOS LA, 2020).

O excesso de peso corporal está associado a um aumento na pressão intra-abdominal, o que pode comprometer a função do EEI e facilitar o refluxo gastroesofágico. Estudos comprovaram uma forte correlação entre o índice de massa corporal (IMC) e a incidência e gravidade da DRGE, revelando uma maior prevalência da doença em indivíduos obesos em comparação com aqueles com peso normal. Além disso, a obesidade aumenta a propensão a complicações graves, como o Esôfago de Barrett (PIMENTA MM, 2020).

Alguns medicamentos também podem contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da DRGE. Medicamentos como bloqueadores dos canais de cálcio, nitratos, relaxantes musculares e certos antidepressivos podem relaxar o EEI ou aumentar a produção de ácido gástrico, aumentando assim o risco de refluxo gastroesofágico (GUIMARÃES IMF et al., 2022).

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da DRGE podem variar consideravelmente em termos de gravidade e apresentação, abrangendo uma ampla gama de sintomas que podem afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Os sintomas típicos incluem azia, regurgitação ácida e dor torácica retroesternal, que são frequentemente desencadeados pela ingestão de alimentos ou na posição supina após as refeições. A azia é considerada um dos sintomas mais característicos e resulta da exposição do esôfago ao ácido gástrico, causando irritação e inflamação da mucosa esofágica, além de sintomas atípicos que podem incluir tosse crônica, rouquidão, pigarro, dor de garganta, asma, pneumonia recorrente e até mesmo erosão dentária (DELSHAD SD, et al., 2020).

A DRGE pode estar associada a complicações graves que podem impactar significativamente a saúde e a qualidade de vida dos pacientes. A esofagite erosiva, caracterizada por erosões na mucosa esofágica, é uma das consequências mais comuns da patologia e pode levar a sintomas como disfagia, odinofagia, hemorragia gastrointestinal e o desenvolvimento de complicações pré-cancerígenas, como esôfago de Barrett, uma condição na qual o epitélio escamoso normal do esôfago é substituído por um epitélio intestinal especializado, aumentando assim o risco de adenocarcinoma esofágico (POLONIATO, et al., 2023).

O esôfago de Barrett é considerado um precursor importante do câncer de esôfago e requer monitoramento regular e intervenção terapêutica para reduzir o risco de progressão para câncer (REYES MAC e DA SILVA CEC, 2024).

Diagnóstico

O diagnóstico da DRGE é fundamental para o manejo eficaz da condição, permitindo a identificação precoce dos pacientes, a avaliação da gravidade dos sintomas e o planejamento do tratamento adequado. O reconhecimento da doença é baseado em uma combinação de história clínica, exame físico, testes diagnósticos e, em alguns casos, avaliação endoscópica. Uma das principais abordagens para o diagnóstico envolve a avaliação dos sintomas clínicos característicos, como azia, regurgitação ácida e dor torácica retroesternal (DE OLIVEIRA LTS, et al., 2024). A presença e a gravidade desses sintomas podem ser avaliadas por meio de questionários padronizados, como o Questionário de Sintomas de Refluxo Gastroesofágico (GERDQ), que é amplamente utilizado na prática clínica (BORTOLI VF, et al., 2021).

Além da avaliação dos sintomas clínicos, o diagnóstico da DRGE pode envolver uma série de testes diagnósticos para confirmar a presença e a gravidade do refluxo ácido. Entre os testes mais comumente utilizados estão a pHmetria esofágica ambulatorial, a impedância intraluminal multicanal (MII-pH) e a manometria esofágica de alta resolução (HRM). A pHmetria esofágica ambulatorial é considerada o "padrão ouro" para o diagnóstico e envolve a inserção de um sensor de pH no esôfago para medir a frequência e a duração dos episódios de refluxo ácido ao longo de um período de 24 horas.

A MII-pH é uma técnica mais recente que combina a medida do pH esofágico com a detecção da impedância intraluminal, permitindo a identificação de refluxo ácido e não ácido e fornecendo informações adicionais sobre a natureza do refluxo (GONÇALVES ES, et al., 2020). A manometria esofágica de alta resolução é um teste complementar que avalia a motilidade esofágica e o funcionamento do EEI, fornecendo informações sobre a função esofágica que podem auxiliar no diagnóstico diferencial de distúrbios esofágicos (JÚNIOR ADFG, et al., 2021).

Afora dos testes diagnósticos instrumentais, a endoscopia digestiva alta (EDA) desempenha um papel importante no diagnóstico dessa patologia, permitindo a visualização direta da mucosa esofágica e a identificação de alterações como esofagite erosiva, estenose esofágica e esôfago de Barrett. Embora a endoscopia não seja necessária para a investigação inicial da DRGE em pacientes com sintomas típicos, ela pode ser indicada em casos de sintomas graves, complicações ou quando há suspeita de outras condições que podem mimetizar os sintomas de refluxo (DE SOUZA FERNANDES G, et al., 2023).

Há outros aspectos relevantes para a investigação, como biópsia da mucosa esofágica durante a endoscopia no qual pode ser realizado para avaliar a presença de esofagite, identificar alterações histológicas sugestivas de esôfago de Barrett e excluir outras condições, como eosinofilia esofágica e esofagite infecciosa (HOYOS SH e GUALDRÓN CAO, 2023). Em 1999, surgiu o sistema de classificação de Los Angeles, sendo esse o método padrão mais utilizado para diagnosticar essa condição.

É amplamente reconhecida como o padrão na avaliação da EDA na DRGE. Quando a endoscopia é realizada inicialmente para diagnosticar essa patologia, ela permite uma subdivisão eficaz da condição em dois tipos, sendo a esofagite erosiva grave, que corresponde aos graus C ou D e a leve, identificadas pelos graus A ou B. Essa divisão baseada nos critérios de Los Angeles além de oferecer uma descrição precisa durante a EDA, também oferece validação, é altamente reproduzida e fornece avaliação e orientação na gravidade para essa condição (IWAKIRI K, et al., 2022).

O diagnóstico pode ser apoiado por testes, como a prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons (IBPs) e a pHmetria esofágica de 24 horas com cápsula sem fio. A administração de IBP como prova terapêutica por um período de 4 a 8 semanas é indicada para avaliar a resposta dos sintomas ao tratamento ácido supressivo, com uma melhoria significativa dos sintomas sugerindo um diagnóstico de DRGE. A pHmetria esofágica de 24 horas com cápsula sem fio é uma técnica não invasiva que utiliza uma cápsula equipada com um sensor de pH para medir a acidez esofágica, permitindo a avaliação objetiva dos episódios de refluxo ácido (GUIMARAES IMF, et al., 2022).

Tratamento farmacológico e não-farmacológico

O tratamento da DRGE envolve uma abordagem multifacetada que combina estratégias farmacológicas e não farmacológicas para controlar os sintomas, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento farmacológico tem como objetivo principal reduzir a produção de ácido gástrico, neutralizar o ácido presente no estômago e fortalecer o EEI para prevenir o refluxo gastroesofágico. Os medicamentos mais comumente prescritos para o tratamento incluem os antiácidos, os IBPs e os antagonistas dos receptores de histamina (H2RA) (CHAPELLE N, et al., 2021).

Os antiácidos são frequentemente utilizados como tratamento sintomático para aliviar a azia e a regurgitação ácida em pacientes com DRGE leve a moderada. Esses medicamentos funcionam neutralizando o ácido gástrico presente no estômago, reduzindo assim a irritação da mucosa esofágica e aliviando os sintomas de refluxo. No entanto, os antiácidos têm uma duração de ação limitada e podem não ser eficazes na prevenção de episódios de refluxo mais frequentes (BINGANA RD, 2020).

Os IBPs são a base do tratamento farmacológico da DRGE, especialmente para pacientes com sintomas persistentes ou graves. Eles atuam inibindo irreversivelmente a enzima H^+ , K^+ -ATPase, responsável pela produção de ácido clorídrico no estômago, reduzindo assim a secreção ácida. Isso alivia sintomas como azia e irritação esofágica, promove a cicatrização de úlceras e previne complicações relacionadas ao excesso de ácido. Devido à sua eficácia, os IBPs são o tratamento de escolha para pacientes com DRGE moderada a grave (BOLSONI FT, 2022).

Os efeitos adversos dos IBPs têm levado muitos pacientes a hesitarem em continuar com esses medicamentos, mesmo quando demonstram eficácia, criando novos desafios no tratamento dos sintomas de refluxo. Existem evidências sobre a toxicidade agravante dos IBPs são derivadas de estudos observacionais. Contudo, um amplo ensaio clínico randomizado com 53.152 pacientes-ano de acompanhamento revelou um aumento nas infecções entéricas associadas ao uso de IBP (1,4% vs. 1,0% no grupo placebo; razão de chances de 1,33; intervalo de confiança de 95%, 1,01–1,75). No entanto, não houve aumento na incidência de outras doenças, sugerindo que os riscos dos IBPs a médio prazo são provavelmente baixos. A terapia com IBP deve ser ajustada para a menor dose possível que controle os sintomas (TALLEY NJ e ZAND IRANI M, 2021).

Os H2RA são outra classe de medicamentos amplamente utilizados no tratamento. Esses medicamentos atuam inibindo seletivamente os receptores de histamina do tipo 2, encontrados nas células parietais do estômago, o que reduz a produção de ácido clorídrico. Ao contrário dos Inibidores da Bomba de Prótons, que exercem sua ação inibindo uma etapa tardia na secreção ácida, os H2RA atuam em uma fase anterior do processo. Isso os torna eficazes no controle de sintomas como azia e regurgitação ácida.

Embora os H2RA sejam menos potentes do que os IBPs na supressão da secreção ácida, eles ainda podem ser úteis como tratamento adjuvante em pacientes com sintomas leves a moderados ou como terapia de manutenção em pacientes que não respondem adequadamente aos IBPs (MENG R, et al., 2023). Além do tratamento farmacológico, intervenções não farmacológicas desempenham um papel importante no manejo da DRGE, especialmente como parte de uma abordagem de tratamento multifacetada.

Modificações no estilo de vida como cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool, perda de peso, elevação da cabeceira da cama, evitar alimentos desencadeantes e refeições tardias, podem ajudar a reduzir a frequência e a gravidade dos sintomas de refluxo (BECKER NP, et al., 2024). O manejo de pacientes com DRGE que não respondem ao tratamento é um desafio na prática clínica diária, exigindo o uso de ferramentas diagnósticas objetivas. Entre as mais eficazes estão o registro prolongado do tempo de exposição ao ácido (TEA) por até 96 horas com o sistema Bravo ou o monitoramento de impedância-pH de 24 horas, visando identificar a verdadeira causa da falha do IBP.

Para pacientes que não respondem bem aos IBPs após 8 semanas, a substituição por vonoprazan 20 mg/dia resultou em um controle mais eficaz dos sintomas e uma cicatrização mais rápida das lesões mucosas, possivelmente devido à supressão ácida mais prolongada (SAVARINO V, et al., 2021). Em casos refratários ou complicados de DRGE, intervenções cirúrgicas podem ser consideradas para melhorar o controle dos

sintomas e prevenir complicações graves. A cirurgia antirrefluxo, como a fundoplicatura laparoscópica, envolve a correção anatômica do defeito do EEI e pode ser uma opção eficaz para pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento farmacológico ou que apresentam complicações graves, como esofagite grave, estenose esofágica ou esôfago de Barrett. No entanto, a decisão de realizar uma intervenção cirúrgica deve ser cuidadosamente considerada, levando em consideração os potenciais riscos e benefícios do procedimento, bem como as preferências individuais do paciente (PATTI MG e HERBELLA FAM, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário reforçar a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), dada a sua complexidade clínica e impacto na qualidade de vida dos pacientes. Apesar dos avanços no entendimento da fisiopatologia e das opções terapêuticas, o tratamento eficaz da DRGE ainda enfrenta desafios significativos, especialmente na adesão a intervenções não farmacológicas e no manejo de casos refratários. Assim, estratégias personalizadas que integrem mudanças no estilo de vida, terapias farmacológicas direcionadas e, quando necessário, intervenções cirúrgicas, são essenciais. Além disso, a identificação de lacunas no conhecimento e o incentivo a pesquisas futuras podem contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais eficazes e sustentáveis, promovendo melhor controle dos sintomas e prevenção de complicações a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. ABNER F. et al. Revisões em clínica médica. Editora Autografia e Comunicação, 2021; 1.
2. ARAÚJO CAMDS. O papel da doença de refluxo gastroesofágico em patologias do foro da otorrinolaringologia em idade pediátrica, 2020.
3. BARREIRO BA, et al. Doença do Refluxo Gastroesofágico. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2023; 23(4): 12642.
4. BECKER NP, et al. Efeitos do uso prolongado de inibidores da bomba de prótons (IBPs) na saúde óssea. Journal of Medical and Biosciences Research, 2024; 1(3): 829-850.
5. BINGANA RD. Proteção tópica in vitro da mucosa esofágica de pacientes com doença do refluxo gastroesofágico usando a “goma do angico”, um biopolímero de Anadenanthera colubrina. 2020; 80. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
6. BOLSONI FT. P-CABs: o futuro do manejo clínico das doenças ácido-relacionadas. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2022.
7. BORTOLI VF, et al. Doença do refluxo gastroesofágico-uma revisão da literatura Gastroesophageal reflux disease-a review of the literature. Brazilian Journal of Health Review, 2021; 4(3): 14245-14253.
8. BRACCI GAZC, et al. Uma abordagem das principais características da esofagite eosinofílica. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023; 23(6): 12894.
9. CHAPELLE N, et al. The pharmaco therapeutic management of gastroesophageal reflux disease (GERD). Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2021; 22(2): 219-227.
10. COSTA JIFD. Relação da espessura e rigidez do diafragma e do músculo reto abdominal por ultrassonografia (ARFI) e da composição corporal com exposição ácida do esôfago em idosos, 2022.
11. DE MATOS LA. Dietoterapia das doenças do trato gastrointestinal e glândulas anexas. Editora Senac São Paulo, 2020.
12. DE OLIVEIRA LTS, et al. Doença do refluxo gastroesofágico-uma revisão abrangente sobre fisiopatologia, diagnóstico, mudanças no estilo de vida e tratamento medicamentoso. Brazilian Journal of Health Review, 2024; 7(1): 5487-5497.
13. DE SÁ RC, et al. Incidência comprobatória de esôfago de barrett (metaplasia) com hipótese de diagnóstico inicial em um laboratório patológico do norte do Paraná. Brazilian Journal of Development, 2020; 6(10): 77720-77727.
14. DE SOUZA FERNANDES G, et al. Abordagens diagnósticas e terapêuticas para a doença do Refluxo Gastroesofágico: perspectivas e desafios. Brazilian Journal of Health Review, 2023; 6(4): 15125-15135.
15. DELSHAD SD, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and proton pump inhibitor-refractory symptoms. Gastroenterology, 2020; 158(5): 1250-1261.
16. DUARTE FL, et al. Fatores associados ao desenvolvimento da Doença do Refluxo Gastroesofágico em universitários do interior da Amazônia. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2025; 25: 18464.

17. DURIGUETO AFA, et al. Refluxo Gastroesofágico: uma análise completa dos sintomas e das opções terapêuticas. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023; 6(5): 24182-24189.
18. GALVÃO JADC, et al. Análise da utilização de inibidores de bomba de prótons em pacientes internados em um hospital universitário do interior de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 2022; 20(1): 2-5.
19. GONÇALVES ES, et al. Impedância intraluminal multicanal associada à pHmetria e propriedades psicométricas do refluxo gastroesofágico: revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96: 673-685.
20. GUIMARÃES IMF, et al. Doença do Refluxo Gastroesofágico: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2022; 15: 10828.
21. HOYOS SH e GUALDRÓN CAO. Seguridad de la endoscopia y biopsia esofágica en un paciente con esofagitis eosinofílica y enfermedad de Von Willebrand. *Medicina & Laboratorio*, 2023; 27(1): 39-44.
22. IWAKIRI K, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021. *Journal of gastroenterology*, 2022; 57(4): 267-285.
23. JÚNIOR ADFG, et al. Megaesôfago idiopático: relato de caso: Idiopathic megaesophagus: a case report. *Latin American Journal of Development* 2021; 3(4): 2729-2737.
24. KATZ PO, et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American journal of gastroenterology*, 2022; 117(1): 27-56.
25. KATZKA DA, et al. Fenótipos da doença do refluxo gastroesofágico: onde Roma, Lyon e Montreal se encontram. *The Official Clinical Practice Journal da American Gastroenterological Association*, 2020.
26. MENDONÇA IR, et al. Associação entre a adesão terapêutica e o controle glicêmico de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 2023; 18: 70199.
27. MENG R, et al. Effectiveness and Safety of Histamine H2 Receptor Antagonists: An Umbrella Review of Meta-Analyses. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 2023; 63(1): 7-20.
28. NARCISO F, et al. Doença do refluxo gastroesofágico-aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023; 6(3): 12911-12927.
29. PATTI MG e HERBELLA FAM. Cirurgia laparoscópica anti-refluxo: perguntas antigas foram respondidas? é útil nos sintomas extra-esofágicos? *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 2022; 34: 1632.
30. PIMENTA MM. Associação entre doença periodontal e doença do refluxo gastroesofágico. Tese de Doutorado. 2020.
31. POLONIATO LFCV, et al. Esôfago de Barret: Diagnóstico e Manejo. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023; 5(5): 1616.
32. REYES MAC e DA SILVA CEC. Esôfago de Barrett: perspectivas atuais. *Studies in Health Sciences*, 2024; 5(1): 465-479.
33. SAVARINO V, et al. Pharmacological management of gastro-esophageal reflux disease: an update of the state-of-the-art. *Drug Design, Development and Therapy*, 2021: 1609-1621.
34. SHARMA P e YADLAPATI R. Pathophysiology and treatment options for gastroesophageal reflux disease: looking beyond acid. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2021; 1486(1): 3-14.
35. SINTUSEK P, et al. Gastroesophageal reflux disease in children: What's new right now? *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2023; 15(3): 84.
36. TALLEY NJ e ZAND IRANI M. Optimal management of severe symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Journal of Internal Medicine*, 2021; 289(2): 162-178.
37. TARASZEWSK A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 2021; 72(1): 21-28.