

GASTROENTEROLOGIA E HEPATOLOGIA

Edição XII

Capítulo 6

MANEJO DOS PACIENTES COM DOENÇA DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO

JONAS REIS GONÇALVES DOS SANTOS¹
PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA²
MARCO ANTÔNIO REMONDY PAGOTTO³
VICTOR DE HOLANDA MONTENEGRO⁴
THATIANA REGINA PARENTE ABREU⁵
PAULO CÉSAR ALCAS LUIZ⁶
VITÓRIA SILVA CORDEIRO⁷
ELIAS JUNIO RAMOS DE OLIVEIRA⁸
FELIPE DE OLIVEIRA PINA⁹

1. Discente – Medicina da Universidad Autónoma del Paraguai.
2. Discente – Medicina da Universidade Federal de Jataí – UFJ.
3. Discente – Medicina do Centro Universitário Padre Albino.
4. Discente – Medicina da FMABC.
5. Egresso – Medicina da Universidade do Estado do Amazonas.
6. Discente – Medicina da Faculdade de Medicina do ABC.
7. Discente – Enfermagem da Universidade de Iporá Goiás – UNIPORÁ.
8. Discente – Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG.
9. Discente – Medicina da Universidade Federal de Roraima - UFRR.

Palavras-chave

Refluxo Gastroesofágico; Tratamento Farmacológico; Manejo.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição em que o conteúdo estomacal apresenta refluxo para o esôfago e causa sintomas e/ou complicações. Normalmente se define com manifestações clínicas, com um período mínimo de uma semana, de azia e/ou regurgitação. As complicações a longo prazo dessa condição podem ser esofagite, esôfago de Barrett e adenocarcinoma esofágico (NESS-JENSEN, 2022).

A DRGE é bastante prevalente em diversos países do mundo, tendo, do ponto de vista epidemiológico, incidência semelhante em ambos os sexos, porém as complicações mais frequentes são no sexo masculino. Além disso, é mais comum em indivíduos obesos (NESS-JENSEN, 2022; SILVA *et al.*, 2017).

A prevalência dessa condição nos países ocidentais gira em torno de 20%, enquanto nos demais países essa porcentagem é um pouco menor (ZHANG *et al.*, 2025).

A fisiopatologia desta condição está relacionada a um desequilíbrio dos fatores agressores que incluem acidez gástrica, conteúdo duodenal e volume. Fatores protetores também se encontram em desequilíbrio, como, por exemplo, resistência do tecido e barreira antirrefluxo (SILVA *et al.*, 2017).

As manifestações clínicas vão desde sintomas típicos, como regurgitação e pirose, até atípicos e extraesofágicos. Alguns dos sintomas que são menos presentes são: sialorreia, epigastria, soluços, odinofagia, náuseas e vômitos. As manifestações extraesofágicas podem ser dor torácica não cardíaca, laringite posterior, asma, tosse crônica e pneumonia recorrente (SILVA *et al.*, 2017).

O objetivo do trabalho é analisar o manejo farmacológico dos pacientes com doença do refluxo gastroesofágico, além das medidas não farmacológicas importantes para o tratamento.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 5 anos, do período de 2020 a 2025. O *site* utilizado para a pesquisa foi a Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando as bases de dados Medline e IBECs. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): "Refluxo Gastroesofágico", "prevenção & controle", "terapia" e "tratamento farmacológico". Foram encontrados 26 artigos, posteriormente analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi utilizado um documento de gastroenterologia.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos em qualquer idioma, publicados no período de 2020 a 2025, que apresentavam relação com a proposta estudada e que foram disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não apresentavam relação com a proposta, relatos de caso, artigos duplicados e disponibilizados na forma de resumo.

Após a seleção, restaram três artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo inicial dos pacientes com a doença são modificações do estilo de vida e introdução de fármacos eficazes, como no caso do omeprazol (ZHANG *et al.*, 2025).

O objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, além de prevenir complicações e recidivas, curando também a esofagite (SILVA *et al.*, 2017).

As mudanças no estilo de vida giram em torno da redução do volume das refeições, evitando ingestão de grandes quantidades por refeição. Evitar certos alimentos pode auxiliar no alívio dos sintomas, tais como gorduras, cítricos, chocolate, condimentos, tomate, café, bebidas com cola e chá. Porém, não se deve proibir de modo indiscriminado, apenas reduzir ou eliminar a depender da sensibilidade que cada indivíduo apresenta (SILVA *et al.*, 2017).

O uso de antiácidos pode ser uma opção no alívio imediato dos sintomas. No entanto, são usados em curto períodos e não tem benefício no tratamento da esofagite. Uma outra opção para alívio dos sintomas, porém com duração maior, são os bloqueadores dos receptores de histamina-2 (BRH2s), com duração de 6 a 10 horas e pode ser administrado até duas vezes ao dia. Os BRH2s são seguros e apresentam poucos efeitos colaterais, porém não são muito utilizados cronicamente por apresentarem certa tolerância com o uso de modo crônico (SILVA *et al.*, 2017).

O fármaco de escolha no tratamento da DRGE são os inibidores da bomba de prótons (IBP), como no caso do omeprazol, rabeprazol e pantoprazol, pois apresentam superioridade, do ponto de vista de eficácia, quando comparados aos BRH2s. O seu uso acarreta alívio de modo completo da pirose em um período de 1 a 2 semanas e trata a esofagite em um período de 4 a 8 semanas, sendo o tratamento indicado, com essa medicação, por 8 semanas de modo inicial para o refluxo (SILVA *et al.*, 2017).

A ação dos IBPs está relacionada à inibição da secreção ácida ao ligar de modo irreversível a bomba de prótons. Idealmente se toma 30 mi-

nutos antes do café da manhã. Os efeitos colaterais são bem tolerados, sendo mais comuns, quando presentes, cefaleia, diarreia e dispepsia (SILVA *et al.*, 2017).

Os pró-cinéticos também podem ser utilizados no tratamento da DRGE. Ele corrige os distúrbios de motilidade que se relacionam com a DRGE, auxiliando no controle da pirose, porém de modo isolado não auxilia na cura da esofagite (SILVA *et al.*, 2017).

Em estudo com ratos que foram submetidos à ligadura do pré-estômago e piloro, esses receberam uma terapia dupla de pantoprazol e gabapentina para avaliação dos benefícios da DRGE. Foi observado que essa terapia combinada apresentou efeito protetor importante e uma restauração da morfologia nesses animais, se comparada à monoterapia, apresentando, com isso, um efeito benéfico no tratamento contra a DRGE (ARYA & KAITHWAS, 2020).

Em um estudo que avaliou o uso do amlodipina no tratamento da DRGE, com base em análises genéticas e moleculares, observou-se um efeito protetor para terapêutica dessa condição. O gene-alvo central identificado foi o CACNB2, onde constatou-se a possibilidade de este ser um dos mecanismos fisiopatológicos da DRGE e a possibilidade de novos fármacos serem utilizados como tratamento, como no caso da anlodipino. Convém frisar que há necessidade de mais estudos para avaliação do real benefício do uso para indicação desse fármaco (ZHANG *et al.*, 2025).

A DRGE é uma condição que pode ser uma doença crônica recorrente, principalmente nos casos mais graves de esofagite. Nesses casos, a terapia de manutenção com IBP na menor dose necessária para alívio dos sintomas e das complicações nos pacientes é indicada. Outro fármaco que pode ser utilizado na fase de manutenção é a ranitidina (SILVA *et al.*, 2017).

O manejo cirúrgico é reservado aos casos de falha terapêutica farmacológica, quando pacientes apresentam efeitos colaterais a longo prazo, má adesão, estenose péptica recorrente, com regurgitação de volume e aspiração que não são controlados pelo fármaco (SILVA *et al.*, 2017).

O tratamento farmacológico com o uso dos IBPs é importante no manejo das complicações, como no caso do esôfago de Barrett (EB) e é utilizado tanto como terapia, quanto manutenção nesses casos. O benefício se dá não só na questão do controle dos sintomas, como também na cicatrização da esofagite (SILVA *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância do manejo farmacológico para o tratamento da DRGE. O manejo inclui mudanças nos hábi-

tos alimentares como terapêutica não farmacológica. Como terapêutica, há possibilidade de utilizar fármacos como os antiácidos e os BRH2s para o alívio dos sintomas, sendo os antiácidos apresentando um alívio a curto prazo e os BRH2s por um período mais prolongado, entretanto, eles não tratam a esofagite. Os IBPs são os fármacos de escolha para o alívio dos sintomas e por promoverem o tratamento também da esofagite quando usado de 4 a 8 semanas, sendo indicado seu uso inicialmente por 8 semanas para o tratamento da doença. O seu uso pode ser realizado nos casos crônicos e recorrentes como método de manutenção. Outra indicação é nos casos de complicações, como, por exemplo, do EB para alívio dos sintomas e também para o tratamento da esofagite. O manejo farmacológico é uma das principais medidas nessa doença, sendo a cirurgia mais reservada para casos refratários e graves.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARYA, P. & KAITHWAS, G. Combined therapy of gabapentin with pantoprazole exhibited better protective action against forestomach and pylorus ligation–induced gastric esophageal reflux disease in albino Wistar rats. *Human & Experimental Toxicology*, v. 39, p. 492, 2020. doi: 10.1177/0960327119893409.

NESS-JENSEN, E. Epidemiology and prevention of oesophageal adenocarcinoma. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, v. 57, p. 891, 2022. doi: 10.1080/00365521.2022.2042594.

SILVA, I.S.S. *et al.* Gastroenterologia e hepatologia: da patogênese ao manejo. Belo Horizonte: Rona, 2017.

ZHANG, L. *et al.* Genetic evidence for amlodipine's protective role in gastroesophageal reflux disease: a focus on CACNB2. *PLoS One*, v. 20, e0309805, 2025. doi: 10.1371/journal.pone.0309805.