

# *Refluxo Gastroesofágico Relacionado com Patologias dos Ouvidos, Nariz e Garganta das Crianças*

*Thierry Van Den Abbeele*

Primeiramente faremos algumas considerações gerais sobre a etiologia do refluxo gastroesofágico (RGE) na criança. Na seqüência abordaremos a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na criança e suas relações com a otorrinolaringologia.

A DRGE é uma condição freqüente em crianças pequenas; ocorre em 2/3 das crianças menores de sete meses. A maioria dos pacientes melhora espontaneamente durante os primeiros 18 meses de vida, mas às vezes a melhora é somente aparente.

Os sintomas gastrointestinais desaparecem na maioria dos casos, mas outros sintomas, como as manifestações das vias aéreas, podem aparecer ou não melhorar. Estudos recentes apontam para fatores genéticos, em alguns casos pediátricos e, sugerem uma modalidade de herança autossômica dominante com penetrância elevada. Um gene foi localizado no cromossomo 13q14.

## **Diagnóstico**

Na ausência de sintomas gastrointestinais (GI) do RGE, é necessária a utilização de ferramentas diagnósticas.

- 1- PHmetria com monitorização de 24 horas, permanece como padrão ouro para o diagnóstico do RGE <sup>1, 2</sup>. Fornece o índice de refluxo, i.e. a porcentagem de tempo em que o pH do esôfago permanece abaixo de quatro. A diretriz da Sociedade Norte-americana de Gastroenterologia Pediátrica considerou que o limite normal superior para o índice do refluxo era de 12% no primeiro ano da vida e até 6% depois disso <sup>3</sup>. Mais recentemente, a pHmetria de 24 horas foi associada à manometria esofagiana, sendo que esta, provavelmente, irá melhorar significativamente a sensibilidade do teste.
- 2- As biópsias esofagianas são mais invasivas e são executadas durante a esofagoscopia ou pela biópsia por sucção sem a esofagoscopia. Em biópsias positivas para o RGE, o índice do refluxo é anormal em 95% dos casos <sup>4</sup>.
- 3- Lavagem bronco-alveolar, com pesquisa de inclusões de lipídios nos macrófagos. Este teste também é invasivo, altamente específico, mas pouco sensível.
- 4- Cintilografia gástrica. Este teste tem uma sensibilidade baixa, abaixo de 50%, mas uma especificidade elevada (83-100%) e fornece informação adicional sobre a DRGE não ácida (DRGE tamponada neutra ou alcalina), além de informação sobre aspiração e esvaziamento gástrico retardado.
- 5- Radiografia modificada de bário é ainda útil, mas não pode ser considerada

como um teste de diagnóstico para o RGE. Tem pouca especificidade e sensibilidade. Entretanto, fornece informação adicional sobre o aspecto funcional da deglutição e a presença de estenose esofágiana, membranas, acalasia e outros problemas estruturais e, às vezes, aspirações traqueais.

- 6- Manometria. Não é uma ferramenta diagnóstica para o RGE, mas fornece informações sobre alterações de motilidade, cronicidade e do tônus do esfíncter inferior do esôfago.

## **Tratamento**

### **Tratamento medicamentoso**

A inibição da secreção ácida do estômago é o pilar do tratamento medicamentoso. Os inibidores da bomba de próton (IBP), como o omeprazol, substituiu quase completamente os bloqueadores  $H_2$ . De qualquer modo, existem algumas controvérsias na pediatria quanto à dose e à duração do tratamento.

Procinéticos: somente a cisaprida foi comprovadamente eficiente. Entretanto, esta molécula pode causar efeitos colaterais cardíacos e consequentemente está sendo menos usada. Outros procinéticos, tal como o metaclopramida e a domperidona, são medicamentos menos eficientes para o RGE.

### **Cirurgia**

O tratamento cirúrgico é provavelmente o mais eficiente, mas é limitado aos casos graves e após a falha de todos os tratamentos medicamentosos. A taxa de sucesso é maior de 90%, mas pode haver complicações tais como a disfagia, e as síndromes de “dumping” e de retenção gasosa (dificuldade para a eructação).

### **DRGE e problemas otorrinolaringológicos**

A DRGE foi implicada em vários problemas extra-esofágicos tais como estenose laríngea, laringite recorrente, otite média e mais recentemente, rinossinusite crônica. Yellon e Goldberg<sup>4</sup> relataram um estudo usando a biópsia esofágiana, e demonstraram correlações fortes entre muitos sintomas e a biópsia positiva, sendo que 10 pacientes com rinossinusites tinham 100% de biópsia positiva. Mais recentemente, Tucker demonstrou o refluxo do suco gástrico em ouvidos com otite média com efusão crônica<sup>5</sup>.

### **Diagnóstico**

Algumas investigações específicas são necessárias para se reconhecer a participação da DRGE na etiopatogenia de problemas otorrinolaringológicos. A **nasofibroscopia**, que vai até a laringe, é o procedimento mais simples que pode ser executado pelos otorrinolaringologistas. O **aspecto da laringe posterior** e, às vezes, um edema pseudoangiomatoso infracricoídeo sugere, fortemente, a presença de RGE. O tratamento medicamentoso geralmente melhora a situação deste edema.

A segunda ferramenta importante para o otorrinolaringologista é a **monitorização do pH**. Alguns autores identificam o RGE usando o teste com uma sonda com dois sensores faríngeos<sup>1</sup>. Entretanto, a interpretação e os valores normais ainda são controversos. Testes do pH com apenas um sensor fornece o índice de refluxo, mas acreditamos que este índice não é suficiente em caso de problemas otorrinolaringológicos. O número de episódios de refluxo por dia é somente um parâmetro inicial.

Nosso grupo realizou um estudo retrospectivo entre 1997 e 2002 em mais de 200 crianças que apresentavam sintomas otorrinolaringológicos crônicos sem etiologia identificada (sem alergia, fibrose cística ou imunodeficiência). Havia uma predominância ligeira de meninos e a idade média era sete anos. Essas crianças foram separadas em grupos, de acordo com seus sintomas principais: 55 crianças apresentavam sintomas laríngeos e traqueais, 70 crianças com sintomas nasais, 40 com sintomas faríngeos e somente 19 crianças tinham sintomas gastrointestinais associados. O índice clássico de refluxo (% do tempo com pH abaixo de 4), era positivo em somente 60% de todos os pacientes. Entretanto, **ao adicionar um outro critério, mais de 40 refluxos por dia** (o valor normal está abaixo de 20), a positividade de **alterações do pH aumentou para 80%** das crianças. De forma interessante, a percentagem de **crianças com alterações do pH aumentou para mais de 80% no grupo com sintomas nasais**. No caso de **laringite posterior, a alteração do pH era mais de 90%, validando a presença da laringite posterior como diagnóstico do RGE**. De forma interessante, **os episódios de refluxo se distribuíam de forma típica**, com muitos episódios **durante o dia e quase nenhum episódio à noite**. Isso é completamente **diferente dos sintomas do RGE que são mais frequentes à noite**. Os resultados foram organizados, com uma análise multivariada, com regressão logística e infelizmente, nenhum sintoma otorrinolaringológico poderia prever uma alteração da pHmetria, exceto a laringite posterior, com um valor altamente significativo.

### **Tratamento**

#### **Tratamento medicamentoso**

A maioria das crianças do estudo, com alterações da pHmetria, foram tratadas com um IBP (tal como o omeprazol). Nesses casos, a taxa da melhora ficou ao redor de 80%. No grupo de crianças não tratadas, a melhora era de somente 40%. Um dado interessante foi a taxa de melhora muito alta (87%) no grupo com sintomas nasais. Entretanto, alguns problemas permanecem. Primeiramente, é necessário usar doses elevadas do omeprazol e a duração do tratamento ainda é objeto de debate. Outro ponto discutido é a associação sistemática ou não do procinético. Acreditamos que o tratamento mais eficiente é o IBP, sendo que o procinético não acrescenta quase nada.

#### **Cirurgia**

O tratamento cirúrgico também está sob discussão, pois os critérios do diagnóstico ainda estão sendo debatidos, e a maioria dos cirurgiões freqüentemente mostra-se relutante em executar uma funduplicatura nas crianças com DRGE relacionada somente com alterações otorrinolaringológicas.

#### **Conclusão**

Nosso estudo confirma a participação freqüente da DRGE em vários problemas otorrinolaringológicos, especialmente nos problemas nasossinais. O número dos pacientes que melhorou com o tratamento anti-refluxo é mais elevado do que o número dos pacientes com um índice patológico de refluxo. Isso significa que esse critério não é suficiente e, portanto, é necessário adicionar um outro critério, i.e. o número de episódios de refluxo por o dia. IBP é o melhor tratamento medicamentoso de sintomas otorrinolaringológicos associados ao RGE. Existem,

ainda muitas dúvidas que permanecem não respondidas. Primeiramente, o mecanismo fisiopatológico não é compreendido na sua totalidade. Esta patologia está relacionada a um contato direto da mucosa com o ácido, ou está relacionada a um reflexo vagal? A questão permanece aberta, embora o estudo de Tasker<sup>5</sup> favoreça o contato direto com a mucosa respiratória, mesmo na doença da orelha média. Segundo, são necessários critérios mais específicos para o diagnóstico. Atualmente, a pHmetria alterada se relaciona melhor com o número de episódios de refluxo por dia e, provavelmente, a manometria esofágica melhorará a eficiência da pHmetria.

### Referências bibliográficas

1. Little JP, Matthews BL, Glock MS, Koufman JA, Reboussin DM, Loughlin CJ, McGuirt WF Jr. Extraesophageal pediatric reflux: 24hour double probe pH monitoring of 222 children. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.* 1997; 169: 1-16.
2. Van Den Abbeele T, Couloigner V, Faure C, Narcy P. The role of 24 h pH-recording in pediatric otolaryngologic gastro-esophageal reflux disease. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67 Suppl 1:S95-100.
3. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, Gerson WT, Werlin SL; North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001; 32 Suppl 2:S1-31.
4. Yellon RF, Goldberg H. Update on gastroesophageal reflux disease in pediatric airway disorders. *Am J Med.* 2001; 111 Suppl 8A:78S-84S.
5. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP, Pearson JP. Reflux of gastric juice and glue ear in children. *Lancet* 2002; 359: 493.