

Esófagite por refluxo e laringite por refluxo: Estágios clínicos diferentes da mesma doença?

Fabiano B. Gavazzoni¹,
André L. de Ataíde¹,
Francisco Herrero Júnior²,
Evaldo D. de Macedo Filho³

Reflux esophagitis and reflux laryngitis: Different stages of the same disease?

Palavras-chave: refluxo gastro-esofágico, globus em orofaringe, pirose retroesternal, disfagia, pirose orofaríngea, tosse, pigarro, disfonia, regurgitação.

Key words: gastroesophageal reflux disease, oropharynx globus, retro-esternal, dysphagia, oropharyngeal pirosis, cough.

Resumo / Summary

Introdução: O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma entidade decorrente de falha anatômica e/ou funcional dos mecanismos de contenção do conteúdo gástrico. As manifestações otorrinolaringológicas do RGE são globus em orofaringe, regurgitação, disfonia, pirose orofaríngea, disfagia e tosse crônica. **Objetivo:** Pretende-se avaliar os sintomas otorrinolaringológicos do refluxo em pacientes com indicação cirúrgica de hérnia hiatal e comparar com pacientes apenas com queixas laríngeas do RGE. **Forma de Estudo:** prospectivo clínico randomizado. **Material e método:** Foram avaliados dois grupos. O grupo A, com 18 pacientes admitidos nos Serviços de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral que necessitavam de tratamento cirúrgico de esófagite graus III e IV, quanto aos sintomas otorrinolaringológicos do RGE. O grupo B, com 44 pacientes do Serviço de Otorrinolaringologia com queixas laríngeas de RGE. Os pacientes foram submetidos a um protocolo, videolaringoscopia e endoscopia digestiva alta (EDA). Os dados obtidos foram tabulados e comparados com a literatura. **Resultados:** Os sintomas referidos pelos pacientes do grupo B foram os mesmos do grupo A, porém, disfonia, tosse, regurgitação e pirose em orofaringe foram mais prevalentes no grupo B. As alterações laringoscópicas dos pacientes do grupo B foram mais significativas. As alterações de EDA foram mais prevalentes nos pacientes do grupo A. A partir destes dados nota-se que não existe correlação entre a doença esofageana e os sintomas laríngeos. **Conclusão:** O trabalho demonstrou a correlação entre sintomas otorrinolaringológicos e o refluxo gastro-esofágico, porém a comparação entre os dois grupos permitiu concluir que, apesar dos quadros apresentarem fisiopatologia semelhante, não se tratam de estágios evolutivos da mesma doença.

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GRD) is an entity due to anatomical or functional failure of contention mechanisms of gastric content. Otolaryngology manifestations of GRD are oropharynx globus, dysphonia, oropharyngeal pirosis, dysphagia, chronic cough. The research intends to evaluate the otolaryngology symptoms of reflux in patients with surgical indication of hiatal hernia and compare the patients' complaints. **Study design:** prospective clinical randomized. **Material and method:** The patients were divided in two groups. Group A, with 18 patients admitted in the General Surgery Service with surgical treatment indication for esophagitis, degrees III and IV and group B, with 40 patients of the Otolaryngology Service with reflux laryngitis complaints. Patients were submitted to a protocol, videolaryngoscopy and upper endoscopy (UE). Obtained data were tabulated and compared to the literature. **Results:** Symptoms referred by the patients of group B were the same of the group A, but dysphonia, cough, oropharynx pirosis were more prevalent in group B. The laryngoscopic evaluation of group B has shown more altered findings than group A. Altered UE were more prevalent in patients of the group A. Considering the results it is possible to verify that the degree of esophageal disease has no correlation with laryngeal disease. **Conclusion:** The comparison among the two groups allowed concluding that, despite the similarity of the clinical picture and fisiopatologia, the gastroesophageal reflux and the laryngeal reflux must not be considered different stages of the same disease.

¹ Médico Otorrinolaringologista pelo Serviço de Otorrinolaringologista do HC-UFPR.

² Médico Residente do 2º ano do Serviço de Otorrinolaringologista do HC-UFPR

³ Professor do Serviço de Otorrinolaringologista do HC-UFPR

INTRODUÇÃO

O refluxo gastro-esofágico (RGE) é uma doença decorrente de falha anatômica e/ou funcional dos mecanismos de contenção do conteúdo gástrico. Está relacionado à incompetência do esfíncter esofágico inferior e clareamento esofágico ineficaz por diminuição do peristaltismo. Estudos combinados de pHmetria e manometria concluíram que o refluxo ocorre devido a quatro fatores: permanente baixa pressão do esfíncter esofágico inferior, aumento da pressão intra-abdominal, relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior após deglutição e relaxamentos transitórios não apropriados do esfíncter esofágico inferior, principalmente à noite¹¹.

Os sintomas do refluxo gastro-esofágico são divididos em típicos e atípicos, de acordo com a sua frequência. Dentre os sintomas típicos os mais comuns são a pirose retroesternal e a regurgitação, sintomas específicos do RGE (porém de baixa sensibilidade)⁹. Deve-se ressaltar que a inexistência destes sintomas não descarta a presença de refluxo patológico, assim como a sua intensidade não auxilia no diagnóstico de esofagite¹⁶. Dentre os atípicos, aqui são abordados apenas os laríngeos. Entre estes, citam-se a disfonia ou outras anormalidades da voz associadas com inflamação posterior da laringe e das pregas vocais¹⁶, o globus em orofaringe, a pirose orofaríngea, a tosse crônica e o pigarro¹³. A literatura atual não apresenta relação clara entre o grau de doença esofageana e a presença de manifestações laríngeas. Tal fato motivou os autores a estudarem um grupo de pacientes com doença avançada, e sem melhora com tratamento clínico, do ponto de vista laríngeo, e um grupo somente com manifestações laríngeas, sem doença esofageana clínica, buscando estabelecer alguma relação entre os sintomas típicos e atípicos.

A investigação do RGE depende de inúmeros fatores, começando por uma anamnese adequada, que pode sugerir fortemente o diagnóstico. Dos exames complementares, a endoscopia digestiva alta é um dos métodos mais utilizados¹⁴, podendo mostrar doenças do esfíncter, como a hérnia de hiato, que pode ser a causa ou fator agravante do refluxo e, principalmente, as alterações da mucosa esofágica. São citados ainda a manometria esofágica capaz de demonstrar peristaltismo anormal e tono inadequado do esfíncter esofágico inferior e a pHmetria esofageana, que monitora a exposição do esôfago ao ácido gástrico, em condições e hábitos de vida normais ao paciente. Quanto aos sintomas laríngeos, a videolaringoscopia mostra-se como um exame complementar de extrema validade para a observação das alterações laríngeas decorrentes do refluxo^{4,6}.

O tratamento do refluxo gastro-esofágico deve visar a eliminação dos sintomas e correção dos fatores propiciadores. Mudanças de hábitos de vida e de condições

higieno-dietéticas devem ser sempre orientados. Porém, se tais medidas não conseguirem um efeito adequado, a terapia medicamentosa se faz necessária.

A literatura atual sugere que o tratamento medicamentoso inicial deve ser feito com bloqueadores da bomba de prótons. O seu efeito é alcançado com a administração de dose única diária por 8 semanas². O uso de medicamentos que aumentem a motilidade esofágica pode ser associado aos inibidores da bomba de prótons. Entretanto, seus efeitos isolados dificilmente resolvem as queixas.

O tratamento cirúrgico também faz parte do arsenal terapêutico e tem indicações bem estabelecidas. Pacientes que não apresentaram melhora significativa com o tratamento clínico ou que apresentaram complicações relacionadas ao refluxo após oito a doze semanas de tratamento, podem receber indicação cirúrgica. A cirurgia laparoscópica é a melhor forma de abordar estes pacientes apresentando significativa vantagem em relação à cirurgia aberta⁸, sendo a funduplicatura de Nissen o método mais utilizado.

OBJETIVOS

O presente estudo tem como primeiro objetivo analisar a existência e a prevalência de sintomas otorrinolaringológicos de refluxo gastro-esofágico em pacientes com grau avançado de doença esofageana, inclusive com indicação de tratamento cirúrgico. Visa ainda comparar os achados de exame de pacientes somente com sintomas laríngeos do RGE com achados de pacientes com doença esofageana avançada e, se possível, estabelecer alguma relação entre os grupos. Desta forma será apresentada a relação existente entre a doença do refluxo gastroesofágico e a laringite por refluxo.

MATERIAL E MÉTODO

Para a realização do estudo foram selecionados prospectivamente dois grupos de pacientes. O primeiro grupo, denominado de grupo A, foi formado por 18 pacientes que procuraram os serviços de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, durante o período de maio a outubro de 1998, com queixas relativas a distúrbios gastro-esofágicos que, após investigação clínica, receberam diagnóstico de esofagite grau III ou superior, ou hérnia hiatal e, conseqüentemente, indicação cirúrgica. O segundo grupo, denominado de grupo B, foi constituído de 44 pacientes encaminhados do ambulatório de otorrinolaringologia do mesmo hospital, com queixas laríngeas típicas de RGE.

A investigação de ambos os grupos consistiu de um protocolo que incluía as principais manifestações clínicas laríngeas decorrentes de refluxo gastro-esofágico,

endoscopia digestiva alta (EDA) e videolaringoscopia. Para o grupo A, o diagnóstico definitivo e a indicação de tratamento cirúrgico foram baseados na EDA e na sintomatologia do paciente. Já o grupo B teve seu diagnóstico baseado principalmente na história clínica, visto que, conforme dados de literatura, a ausência de alterações à videolaringoscopia não descarta o RGE. Foram excluídos os pacientes que apresentavam alterações anatômicas ou funcionais laríngeas não relacionadas ao refluxo gastroesofágico. Não houve nenhum outro fator discriminante.

Os resultados foram tabulados, comparados entre os grupos e submetidos a análise estatística. São, a seguir, apresentados e discutidos.

RESULTADOS

Grupo A

Durante a avaliação clínica e laringoscópica dos pacientes foram observados os seguintes resultados. De um universo de 18 pacientes avaliados, somente 4, ou 22,22% apresentaram alguma alteração no exame laringoscópico (espessamento e/ou hiperemia de comissura posterior) – Gráfico 1. A sintomatologia mais freqüentemente referida pelos pacientes foi o globus faríngeo, citado por 16 ou 88,88% dos pacientes; a seguir, apresentou-se a pirose retroesternal, referida por 10 ou 55,55% dos pacientes; disfagia foi referida por 7 ou 38,88% dos pacientes; pirose orofaríngea foi referida por 6 ou 33,33% dos pacientes; 4 ou 22,22% dos pacientes queixaram-se de tosse; pigarro e disfonia foram referidos por 3 ou 16,66% e 2 ou 11,11% dos pacientes respectivamente – Gráfico 2.

Não são apresentados os resultados de EDA dos pacientes do grupo A pois todos apresentavam no mínimo esofagite grau 3.

Grupo B

A avaliação clínica e laringoscópica dos pacientes do grupo B mostrou os seguintes resultados. Dos 44

pacientes avaliados, 25 ou 56,81% apresentaram alguma alteração no exame laringoscópico (espessamento ou hiperemia/ulceração de comissura posterior e hiperemia das pregas vocais) – Gráfico 3. A sintomatologia referida constou de globus faríngeo, citado por 34 ou 77,27% dos

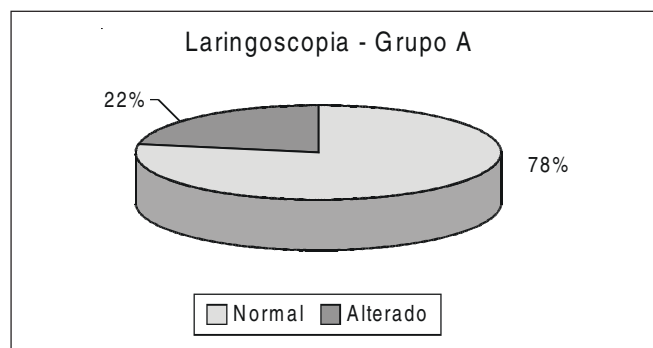


Gráfico 1. Resultado da laringoscopia do grupo A

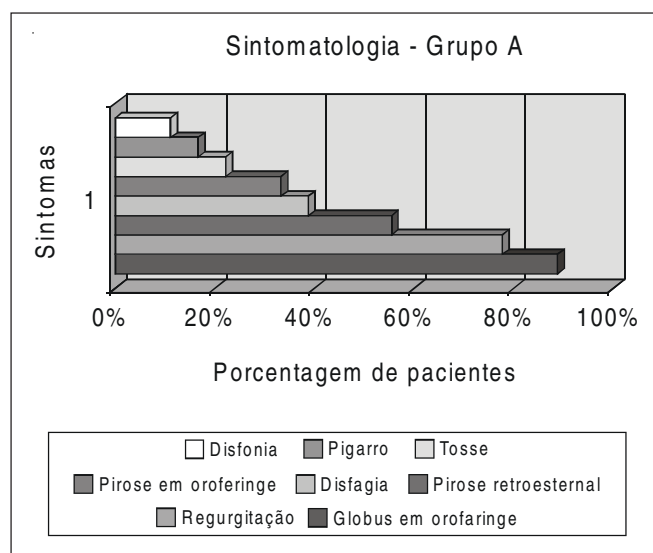


Gráfico 2. Sintomatologia no grupo A

Tabela 1.

	Grupo A		Grupo B		Qui-Quadrado	p-valor
	Casos	Percentual	Casos	Percentual		
Alteração na Laringoscopia	4	22,22%	25	56,82%	6,1412	0,0132 *
Globus em orofaringe	16	88,89%	34	77,27%	1,1043	0,2933
Pirose retroesternal	10	55,56%	33	75,00%	2,2724	0,1317
Disfagia	7	38,89%	17	38,64%	0,0003	0,9852
Pirose em orofaringe	6	33,33%	28	63,64%	4,7364	0,0295 *
Tosse	4	22,22%	24	54,55%	5,3890	0,0203 *
Pigarro	3	16,67%	17	38,64%	2,8215	0,0930
Disfonia	2	11,11%	22	50,00%	8,1428	0,0043 *
Regurgitação	0	0,00%	25	56,82%	17,1376	0,0000 *
Total	18	100,00%	44	100,00%		

*Valores estatisticamente diferentes

pacientes; regurgitação, referida por 25 ou 56,81% dos pacientes; pirose retroesternal, referida por 33 ou 75% dos pacientes; disfagia, citada por 17 ou 38,64% dos pacientes; pirose orofaríngea, referida por 28 ou 63,64% dos pacientes; 24 ou 54,54% dos pacientes queixaram-se de tosse; pigarro, referido por 17 ou 38,64% e disфонia, referida por 22 ou 50% – Gráfico 4.

Nos pacientes do grupo B foi realizada também a EDA, visando a avaliação do quadro gástrico e esofageano. Os resultados mostraram 24 ou 54,54% pacientes normais; 33 ou 25% casos de gastrite; 4 ou 9,09% casos de hérnias de hiato; 4 ou 9,09% casos de esofagite e 2 ou 4,54% casos de duodenite – Gráfico 5.

Após análise estatística através dos testes do qui-quadrado e p-valor constatou-se diferença estatística entre os dois grupos quanto ao exame laringoscópico (qui-quadrado: 6,1412 e p-valor: 0,0132), pirose em orofaringe (qui-quadrado: 4,7364 e p-valor: 0,0295), tosse (qui-quadrado: 5,3890 e p-valor: 0,0203), disфонia (qui-quadrado: 8,1428 e p-valor: 0,0043) e regurgitação (qui-

quadrado: 17,1376 e p-valor: 0). Globus em orofaringe (qui-quadrado: 1,1043 e p-valor: 0,2933), pirose retroesternal (qui-quadrado: 2,2724 e p-valor: 0,1317), disfagia (qui-quadrado: 0,003 e p-valor: 0,9852) e pigarro (qui-quadrado: 2,8215 e p-valor: 0,0930) foram considerados estatisticamente equivalentes entre os dois grupos (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados e a comparação entre os dados obtidos nos grupos A e B permite diferenciá-los a partir de diversos aspectos.

A sintomatologia laríngea do RGE já está bem estabelecida na literatura e inclui, como sintomas mais comuns, disфонia, tosse, globus faríngeo e pigarro^{5,7,10,12}. O globus faríngeo é também citado por Woo e é defendido como um sintoma inespecífico de irritação laríngea em cuja etiologia o RGE tem grande participação¹⁷. Os sintomas desta doença assumiram uma importância tão grande que, em muitas situações, são mais considerados para o diagnóstico do que os exames complementares^{15,17}. Tal afirmação baseia-se também no fato de que o diagnóstico de certeza do RGE muitas vezes não pode ser conseguido através de um único exame. A maioria dos autores utiliza a associação de diversas técnicas, associada à história clínica, para estabelecer o diagnóstico^{5,7,13,15}.

Os sintomas encontrados pelos autores no grupo B confirmam os dados da literatura. Contudo, os achados do grupo A, que deveriam ser tão ou mais notáveis que os do grupo B, visto que os sintomas esofágicos neste grupo são mais intensos e de mais longa evolução, não se confirmam. A disфонia foi encontrada em 50% dos pacientes do grupo B e em apenas 11% do grupo A. A tosse também foi mais prevalente no grupo B. O único sintoma laríngea que foi prevalente de maneira proporcional em ambos os

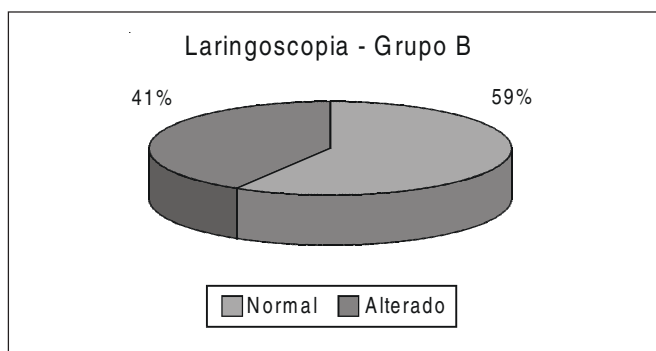


Gráfico 3. Resultado da laringoscopia no grupo B

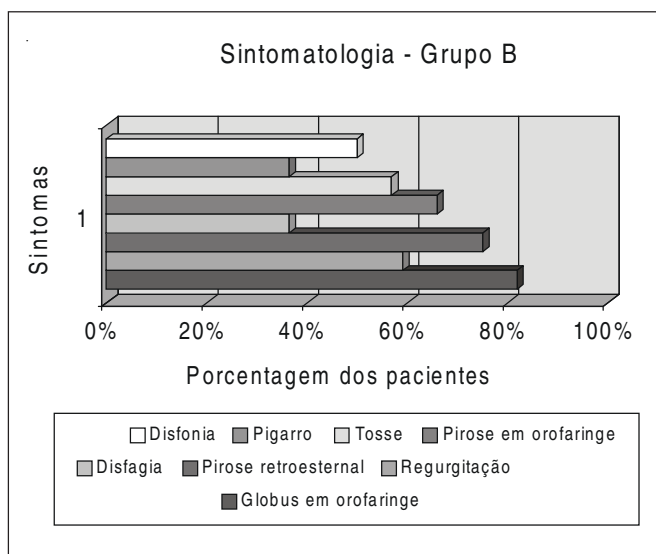


Gráfico 4. Sintomatologia no grupo B

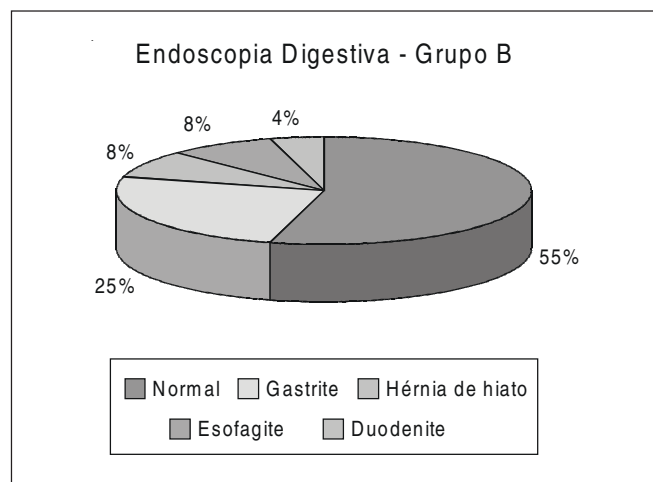


Gráfico 5. Resultado da endoscopia digestiva no grupo B

grupos foi o globus faríngeo, que apareceu em 89% dos pacientes do grupo A e em 77% dos pacientes do grupo B. Os sintomas típicos tiveram um aparecimento semelhante em ambos os grupos, com exceção da regurgitação.

Quanto aos exames complementares, a laringoscopia é defendida como exame essencial em pacientes com queixa de RGE^{7,15}. São exames importantíssimos também a pHmetria (atualmente realizada com sonda dupla¹⁷), a manometria e a EDA. No presente trabalho foram realizadas apenas a laringoscopia, visando encontrar alterações laríngeas (paquidermia interarritenoidea, edema laríngeo, hiperemia das aritenóides, espessamento mucoso¹⁷) e a EDA, buscando correlacionar os achados gástricos e esofageanos dos dois grupos.

Novamente as diferenças dos dois grupos são bastante evidentes. Quanto à EDA, registrou-se a presença de 54% de exames normais em pacientes do grupo B, contra 100% de exames alterados nos pacientes do grupo A. Às laringoscopias, os achados inverteram-se. Os autores encontraram maior número de alterações no grupo B em relação ao grupo A. Note-se que o grupo que obteve maiores alterações de trato digestivo apresentou muito menos alterações laringoscópicas, fortalecendo a idéia de que não existe correlação entre o grau de doença esofageana e as queixas laringológicas.

Baseados nos dados acima os autores sugerem que, apesar de serem doenças com fisiopatologias bastante próximas e, muitas vezes apresentarem sintomas sobrepostos, as alterações laríngeas causadas pelo RGE e a doença esofágica (esofagite), originária também do refluxo, não devem ser consideradas como diferentes estágios evolutivos de uma mesma doença. A presença de alterações laríngeas, muitas vezes mais graves em pacientes com menos distúrbios esofágicos, sustentam tal afirmação.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente trabalho demonstram a forte correlação entre sintomas otorrinolaringológicos e o refluxo gastro-esofágico, que é uma patologia do sistema digestivo muitas vezes subdiagnosticada em nosso meio.

A comparação entre um grupo com doença esofageana estabelecida e avançada, já com indicação cirúrgica, e um grupo com queixas principalmente laríngeas permitiu concluir que, apesar dos quadros apresentarem fisiopatologia semelhante, não se tratam de estágios evolutivos da mesma doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECKER, D.J. et al. – A comparison of high and low fat meals on postprandial esophageal acid exposure. *Am J Gastroenterol*, 84:782, 1989.
2. CASTELL, D.O. – *The esophagus*. second edition, New York, 1995.
3. CHERNOW, B.; CASTELL, D.O. – Diet and heartburn. *JAMA*, 241:2307, 1979.
4. CLARK, C.L. et al. – Complications of gastroesophageal reflux disease. Esophagitis, acid laryngitis, and beyond. *Postgrad Med*, 1996.
5. GAYNOR, E.B. – Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux. *Am J Gastroenterol*, 86(7):801-8 1991.
6. HANSON, D.G. et al. – Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1995.
7. HAWKINS, B.L. – Laryngopharyngeal reflux: a modern day “great masquerader”. *J Ky Med Assoc*, 95(9):379-85 1997.
8. HINER, R.A. et al. – Laparoscopic Nissen fundoplication is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 200:472, 1994.
9. KLAUSER, A.G.; SCHINDLBECK, N.E.; MÜLLER-LISSNER, A.S. – Symptoms in gastro-esophageal reflux disease. *Lancet*, 325:205, 1990.
10. KOUFMAN, J.A. – The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour PH monitoring and an experimental investigation of the role of acid pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*, 101 (4 Pt 2 Suppl 53):1-78 1991.
11. MINCIS, M. – *Gastroenterologia e hepatologia*. Primeira edição, São Paulo, 1997.
12. OLSON, N.R. – Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Otolaryngol Clin North Am*, 24(5):1201-13 1991 Oct.
13. PAPARELLA, M.M.; SHUMRICK, D.A.; GLUCKMAN, J.L.; MEYERHOFF, W.L. – *Otolaryngology*. Third edition, Philadelphia, 1991.
14. RICHTER, J.E.; CASTELL, D.O. – Gastroesophageal reflux. Pathogenesis, diagnosis and therapy. – *Ann Intern Med* 97:93, 1982.
15. SHAW, G.Y. et al. – Subjective, laryngoscopic and acoustic measurements of laryngeal reflux before and after treatment with omeprazole. *J Voice*, 10(4):410-8, 1996.
16. WINTERS, C.; SPURLING, T.J.; CHOBANIAN, S.J. – Barrett’s esophagus. A prevalent, occult complication of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, 92:118, 1987.
17. WOO, P. et al. – Association of esophageal reflux and globus symptom: comparison of laryngoscopy and 24-hour pH manometry. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 115(6):502-7 1996.