

### REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO MANIFESTAÇOES ORL (REFLUXO EXTRA ESOFÁGICO) (REFLUXO FARINGO-LARÍNGEO)

## INTRODUÇÃO

Definição Anátomofisiopatologia Diagnóstico Tratamento

Imagens particulares e de livros e artigos de vários autores.

Décio Gomes de Souza www.dgsotorrinolaringologia.med.br



## DEFINIÇÕES

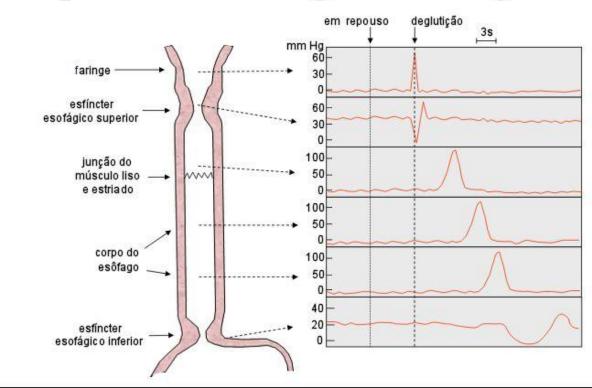
- ➤ I Consenso Brasileiro de 2002: DRGE é a afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a este, acarretando variável espectro de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extra-esofagianos, associados ou não a lesões teciduais.
- Refluxo gastro-esofágico (RGE)
  - primário
  - secundário (neuro-musculares, pulmonares, faríngeas, infec. sistêmicas, alergias aliment., alt. metab., drogas
- Refluxo faringo-laríngeo (RFL)
- Regurgitação
- Vômito
- Doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE)



## ANÁTOMO FISIOPATOLOGIA Deglutição - fases

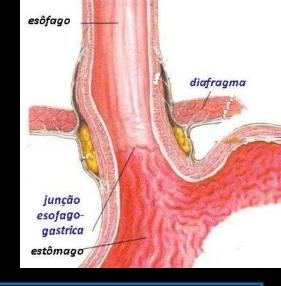
- Oral preparatória
  - voluntária
- Oral propriamente dita
- Faríngea
- Esofágica

### pressões ao longo do esôfago





## ANÁTOMO FISIOPATOLOGIA Refluxo esofágico



- Esfincter Esofágico Inferior: 10-40 mm Hg (esôfago: -5mmHg)
  - musculatura intrins., extrins. (diafragma), ligam. freno-esofágico
  - válvula curvatura de His
- Mecanismos de refluxo
  - relaxamento expontâneo passageiro (10-60seg), por distensão gástrica, alimentos gordurosos, decúbido direito e/ou excitação da faringe (relaxamento transitório = arroto)
- Mecanismos protetores
  - clareamento esofágico (ondas peristálticas), gravidade e deglutições de saliva (deglutição noturna < frequente)</li>
- DRGE e hernia hiatal
- Helicobacter pylori X DRGE



## ANÁTOMO FISIOPATOLOGIA Refluxo extra-esofágico

- Esfincter Esofágico Superior : 18-145 mHg
  - músculo cricofaríngeo
- Mecanismos de refluxo
  - disturbios do reflexo faringo/EES
  - pressão menor na infância, durante o sono e com ar no esôfago (arroto)
- Mecanismos protetores
  - pressão > com > do volume ou acidez do esôfago e inspiração
- > Fisiopatologia da lesão mucosa no RFL
  - mucosa faríngea mais sensível à acidez e pepsina ativada (pH<4)</li>
  - os danos à mucosa requerem lesão prévia (fonotrauma ou tosse por ex.)
  - relação anatômica do esôfago com a laringe posterior





## REFLUXO ESOFÁGICO X REFLUXO FARINGO-LARÍNGEO

DRGE	RFL			
SINTOMAS				
Intermitente / relacionado com o estilo de vida	Normalmente crónico			
Principalmente refluxo supino	Principalmente diumo, na posição erecta			
É comum azia e/ou regurgitação	Não é comum azia e/ou regurgitação			
Não estão habitualmente presentes rouquidão, tosse, disfagia e globo faríngeo	Estão habitualmente presentes rouquidão, tosse, disfagia e globo faríngeo			
OBSERVAÇÕES				
É comum esofagite	Não é comum esofagite			
Não é comum inflamação da laringe	É comum inflamação da laringe			
Disfunção do esfíncter esofágico inferior	Disfunção do esfíncter esofágico superior			
RESULTADOS DOS TESTES				
Podem estar presentes esófago de Barrett ou esofagite erosiva	Não são comuns esófago de Barrett ou esofagite erosiva			
Monitorização do pH do esófago com resultados anómalos	Monitorização do pH do esófago tem geralmente resultados normais			
Monitorização do pH da faringe com resultados normais	Monitorização do pH da faringe não tem resultados normais			
Dismotilidade	Boa motilidade gastrointestinal			
Limpeza anormal do ácido no esófago	Limpeza normal do ácido no esófago			



## ÍNDICE DE SINTOMAS DO RFL ANORMAL > 10 (Reulbach TR 2001)

•	0 = Sem problema 5 = Problema grave

Rouquidão ou problemas na voz

Pigarrear da garganta

Excesso de muco na garganta ou corrimento nasal posterior

Dificuldade em engolir alimentos, bebidas ou comprimidos

Tosse após ter comido ou quando está deitado

Dificuldade em respirar ou episódios de asfixia (engasgos)

Tosse incomodativa ou perturbadora

Sensação de ter algo colado na garganta ou uma bola na garganta

TOTAL

Azia, dores no peito, indigestão, ou ácido do estômago a vindo à boça



### DRGE E RFL NA INFÂNCIA

#### Lactentes

Vômitos, regurgitação
Disfagia, engasgos na alimentação
Recusa alimentar, anorexia
Alteração da curva de crescimento
Choro anormal, desordens do sono
Irritabilidade ou torcicolo (Sd. Sandifer)
Cefaleia, alterações comportamentais
Apneia do sono, croup recorrente, estridor
Laringite, laringoespasmo, laringomalácia
Doença respiratória crônica, tosse crônica,
laringotraqueíte, dispneia
Cianose, morte súbita

### Crianças

Queixas laringo-traqueais: tosse crônica, dispneia, disfonia, estenose subglótica
Queixas faríngeas: faringite, dor

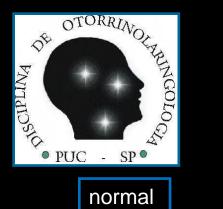
de garganta persistente, sialorreia, halitose, globus, otalgia reflexa, erosões dentárias e cáries, candidíase Queixas rinológicas: obstrução nasal, rinite, sinusite, cefaleia, adenoidite Doença respiratória crônica Sintomas gatrointestinais: regurgitação, vômitos, náusea, dor torácica ou abdominal, pirose

\* RFL E OMS



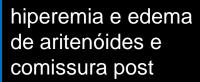
# ESCALA DE EVIDÊNCIAS DO RFL ANORMAL > 5 (Reulbach TR 2001)

Evidências na laringe	Escala	Resultados
Pseudosulcos (edema infra-glótico)	0 = Ausente 2 = Presente	
Obliteração ventricular	0 = Nenhum 2 = Presente 4 = Completa	
Eritema/hiperemia	0 = Nenhum 2 = Apenas aritenóides 4 = Difusa	
Edema das cordas vocais	0 = Nenhum 1 = Ligeiro 2 = Moderado 3 = Grave 4 = Poliploide	
Edema difuso da laringe	0 = Nenhum 1 = Ligeiro 2 = Moderado 3 = Grave 4 = Obstrução	
Hipertrofia da comissura posterior	0 = Nenhum 1 = Ligeiro 2 = Moderado 3 = Grave 4 = Obstrução	
Granuloma/granulação	0 = Ausente 2 = Presente	
Muco endolaríngeo espesso	0 = Ausente 2 = Presente	
Total		



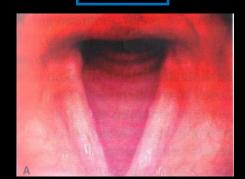
## LARINGOSCOPIA NO RFL

normal



edema leve de pvs

granuloma de pve









normal

oblit. compl. ventric. hipertr comis. post edema moder. pvs

pseudosulco bil. hipertr. comis. post edema pvs

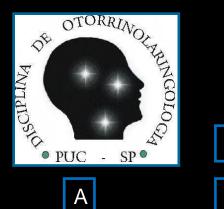
degener polipóide de pvs











## **EXAMES COMPLEMENTARES**

EDA – classificação de los angeles

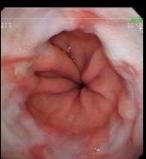
**BARRET** 







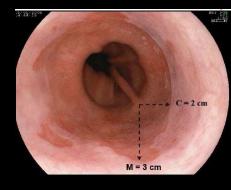










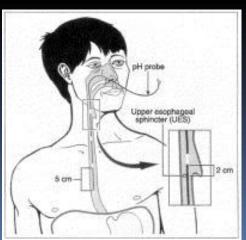


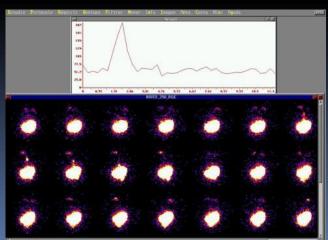
Phmetria de 24hs com 2 canais Impedânciophmetria

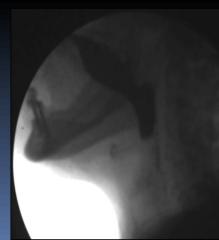
cintilografia esofágica p/ refluxo

videodeglutograqma

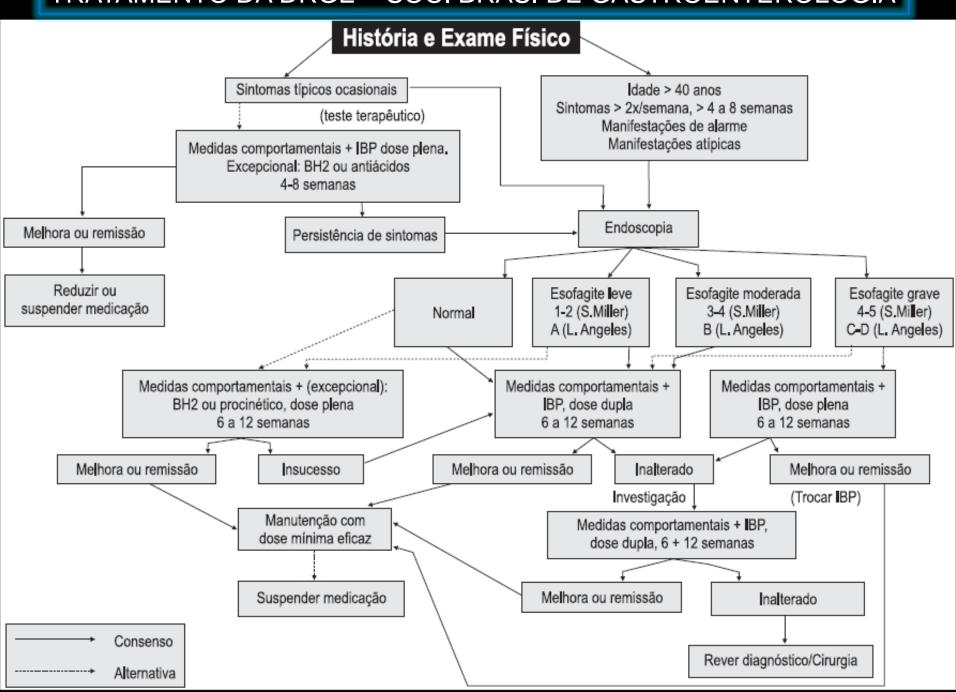






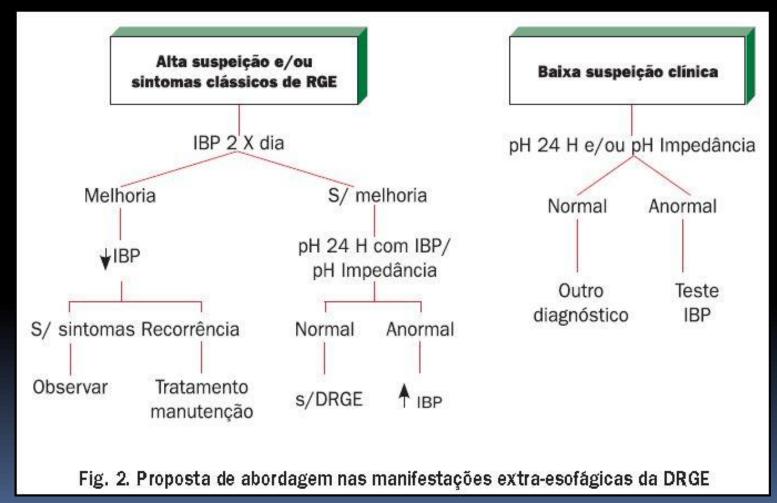


### TRATAMENTO DA DRGE – SOC. BRAS. DE GASTROENTEROLOGIA





### TRATAMENTO DO RFL





### TRATAMENTO DO RFL

# Mudança de Hábitos para Prevenir o RGE e RLF

- Não se alimentar nas 2-3 hrs antes de se deitar
- Evitar bebidas alcoólicas
- Comer pequenas refeições, várias vezes ao dias, mastigando bem.
- Evitar o consumo excessivo de:
  - o Cafeína
  - Chocolate
  - Tomate e frutas cítricas
  - Alimentos fritos ou gordurosos
- Perder peso
- Parar de fumar
- Usar roupas leves e folgadas
- Elevação do decúbito durante o sono

#### Medicamentoso - 8/12 sem.

- Inibidores da bomba de protons 2 xs/dia
  - omeprazol: 40mg/dose crianças 0,7/3,3mg/kg/dia
  - pantoprazol. esomeprazol 40 mg/dose
  - lansoprazol 30mg/dose rabeprazol 20 mg/dose
- Bloqueadores dos recept. H2 da histamina 2/3xs/dia (taquifilaxia)
  - cimetidina: 400mg/dose crianças 5/10 mg/kg/dose
  - ranitidina: 300mg/dose crianças 5mg/kg/dose
  - famotidina: 40mg/dose nizatidina 300mg/dose
- Procinéticos 3/4xs/dia
  - cisaprida: 5/10mg/dose crianças: 0,2mg/kg/dose
  - domperidona: 10mg/dose crianças 0,2/0,6mg/dose
  - metoclopramida: 10mg/dose crianças1mg/kg/dose

#### \*\* RESTRIÇÕES:

- intervalo QT > (congênito, cardiopadias, DM, alterações eletrolíticas)
- associações: macrolídeos, antifungicos, antivirais HIV