

Doença do refluxo laringofaríngeo

Laryngopharyngeal reflux

Tatiana Regina Teles Abdo*, Ricardo Yoshimura*, Renata Ribeiro de Mendonça*, Ronaldo Frizzarini**,
Rodrigo Oliveira Santos***, Priscila Bogar Rapoport****

Resumo

O refluxo gastroesofágico (RGE) é definido como o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico (ácido) ou biliar (alcalino) para o esôfago e apresenta-se, principalmente, com sintomas de queimação retroesternal e regurgitação. Manifestações extra-esofágicas desse refluxo representam uma outra entidade, denominada doença do refluxo laringofaríngeo (DRLF), que se manifesta com alterações faríngeas, laríngeas e orais. O esofagograma, a pHmetria, a laringoscopia flexível e a endoscopia digestiva alta (EDA) são considerados os principais exames para o diagnóstico do RLF, cada um com suas vantagens e desvantagens e nenhum com 100% de acurácia isoladamente. O objetivo do tratamento da DRLF é o desaparecimento dos sintomas e a cicatrização das lesões laríngeas, que é realizado com a supressão ácida. Devido às semelhanças entre a DRLF e DRGE, o tratamento clínico baseia-se nos mesmos fundamentos: a instituição de medidas comportamentais e a administração de medicamentos que visam à supressão ácida.

Unitermos

Refluxo laringofaríngeo; laringite por refluxo; doença do refluxo gastroesofágico; manifestações otorrinolaringológicas.

Abstract

Gastroesophageal reflux has been defined as the retrograde flow of gastric contents into the esophagus and presents with classic symptoms of heartburn and regurgitation. Extrasophageal symptoms of this reflux represent another disease named laryngopharyngeal reflux, presenting with laryngeal, pharyngeal and oral manifestations. The diagnostic modalities frequently used to test for laryngopharyngeal reflux include esophagogram, ambulatory pH probe monitoring, flexible laryngoscopy, and upper endoscopy. Each examination has its advantages and disadvantages and none offer 100% accuracy. The purpose of the treatment is complete resolution of the symptoms and healing of the laryngeal damage, with is obtained with acid suppression. The standart treatment for

laryngopharyngeal reflux is directed at lifestyle, behavioral and dietary modifications and proton pump inhibitors.

Uniterms

Laryngopharyngeal reflux; laryngitis reflux; gastroesophageal reflux disease; otolaryngological manifestations.

Introdução

O refluxo gastroesofágico (RGE) é definido como o fluxo retrógrado do conteúdo gástrico (ácido) ou biliar (alcalino) para o esôfago e apresenta-se, principalmente, com sintomas de queimação retroesternal e regurgitação. Manifestações extra-esofágicas desse refluxo representam uma outra entidade, denominada doença do refluxo laringofaríngeo (DRLF), que se manifesta com alterações faríngeas, laríngeas e orais^{1,2}.

Essas queixas, no passado, eram erroneamente diagnosticadas como rinite não-alérgica, rinofaringite inespecífica, faringite alérgica, laringite crônica ou sinusite crônica, desviando o tratamento da sua verdadeira etiologia³. Nas últimas décadas, com o desenvolvimento de procedimentos diagnósticos modernos, como a endoscopia digestiva alta, nasofibrolaringoscopia, manometria e pHmetria, foi possível aprofundarmos os estudos sobre a fisiopatologia do RGE e, por conseguinte, do refluxo extra-esofágico.

Acredita-se que o refluxo ácido no esôfago distal estimule reflexos mediados pelo nervo vago desencadeando broncoespasmo e tosse crônica, porém sabe-se que muitas manifestações extra-esofágicas são causadas pelo contato direto do conteúdo gástrico e subsequente agressão da mucosa faríngea ou laríngea^{1,4}. O refluxo laringofaríngeo é um fator etiológico importante de diversas doenças, como a laringite, disфонia, asma, pneumonia, tosse crônica, pigarro, drenagem pós-nasal, *globus faríngeo*, lesões de prega vocal, perda do esmalte dos dentes e até câncer de laringe e hipofarínge, e, por isso, deve ser diagnosticado e tratado corretamente³⁻⁶.

* Residentes de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

** Médico Preceptor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Aluno da Pós-graduação do Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*** Assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

**** Professora Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Refluxo laringofaríngeo versus refluxo gastroesofágico

Uma vez que para ocorrer o refluxo laringofaríngeo é necessário que o conteúdo gastroduodenal reflua primeiramente através do esôfago, os fatores etiológicos relacionados ao refluxo gastroesofágico também são responsáveis pelo refluxo laringofaríngeo. O que difere na fisiopatologia da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) com a DRLF é que os fatores locais de proteção esofágicos são mais efetivos quando comparados aos do epitélio laringofaríngeo. A pHmetria esofágica de 24h considera normal um pH menor que quatro em até 4% do tempo no esôfago distal e 1% no esôfago proximal⁷, porém, a simples exposição desse conteúdo ácido na região laringofaríngea pode causar lesões teciduais⁸.

Segundo Koufman *et al.*, o refluxo laringofaríngeo (RLF) possui diferente mecanismo fisiopatológico, apresenta diferentes sintomas, manifestações e resposta ao tratamento⁶. Acredita-se que o defeito primário em pacientes com RGE é a disfunção do esfíncter inferior do esôfago (EIE), enquanto no RFL, o fator mais importante é a incoordenação da musculatura cricofaríngea, por não conseguir manter o tônus do esfíncter superior do esôfago (ESE)^{6,9,10}. Além disso, pacientes com DRLF apresentam, normalmente, a motilidade esofágica e o *clearance* de ácido normais, situação não observada em pacientes com DRGE⁷.

A principal diferença entre esses grupos é que a maioria dos pacientes com DRLF não apresenta esofagite ou seus sintomas primários. Numa série de estudos, a ocorrência de queimação retroesternal em pacientes comprovadamente com DRFL é menor que 40% e de esofagite, inferior a 25%. Esses pacientes queixam-se de refluxo durante o dia, em posição supina, enquanto pacientes com DRGE normalmente apresentam queixa noturna, ao deitar-se. Importante notar que 20% a 25% dos pacientes apresentam-se com DRGE e DRLF concomitantemente^{10,11}.

Manifestações laríngeas e faríngeas

A literatura difere muito sobre a frequência dos principais sintomas do RLF. Tauber *et al.* consideraram *globus faríngeo* e disfagia como os sintomas mais prevalentes, porém neste estudo a confirmação do RLF foi feita através de achados endoscópicos e não pelo método *gold standard* da pHmetria faríngea com duplo probe³. Para Ylitalo *et al.*, disфонia é o sintoma mais comumente encontrado, seguido por fadiga vocal, dor de garganta e sensação de *globus*¹².

Koufman em 1991 reporta que 50% dos pacientes com distúrbios laringofaríngeos relacionadas à DRGE procuram auxílio médico relatando dor de garganta e tosse⁴. Em estudo realizado por Book *et al.*, otorrinolaringologistas foram questionados quanto ao sintoma mais relacionado ao refluxo em seus pacientes, sendo pigarro referido em 98,3% das respostas¹³.

Pelo *Position Statement of the Committee on Speech, Voice and Swallowing Disorders*, os sintomas mais comuns são

disфонia, sensação de *globus*, disfagia, tosse, pigarro e dor de garganta, sendo estes, na maioria das vezes, intermitentes ou crônico-intermitentes⁶.

Diagnóstico

Em relação à laringoscopia, a laringite posterior, caracterizada por edema e eritema das cartilagens aritenóides e da região interaritenóidea, com ou sem granuloma, é a manifestação mais relatada na literatura^{6,8,10,12-14}. Outros achados frequentes são a paquidermia e o espessamento da comissura posterior. Entretanto, conforme discutido por Branski *et al.* em seu estudo, a região posterior da laringe é a área mais difícil de avaliar fidedignamente, pois a região aritenóidea possui uma arquitetura natural muito variável, o que gera dúvidas no diagnóstico⁸.

O esofagograma, a pHmetria, a laringoscopia flexível e a endoscopia digestiva alta (EDA) são considerados os principais exames para o diagnóstico do RLF, cada um com suas vantagens e desvantagens e nenhum com 100% de acurácia isoladamente¹⁵.

Conforme discutido por Giacchi *et al.*, o esofagograma, mais utilizado pelo seu baixo custo, detecta o RLF em 45% dos pacientes, índice diferente de outros autores que afirmam este diagnóstico em apenas 15% a 25% dos casos. É indicado atualmente para a pesquisa de complicações como alterações da motilidade ou constrições pépticas, como membranas ou estenoses¹⁵.

Em estudos manométricos, não houve associação entre a pressão de repouso do EIE ou tempo de *clearance* esofágico com a ocorrência de refluxo faríngeo em grupos randomizados. De acordo com Ylitalo *et al.*, a manometria esofágica não apresenta valor preditivo no diagnóstico de DRGE¹².

A pHmetria de 24 horas com utilização de dois probes (o superior locado próximo ao ESE) é considerado o exame *gold standard* para detecção e quantificação de refluxo supra-esofágico^{12,16}. Como o refluxo esofágico distal patológico não necessariamente leva ao refluxo laringofaríngeo, a monitorização com duplo probe, monitorando esôfago distal e farínge, é essencial para o correto diagnóstico de DRLF¹². Branski *et al.* defende sua utilização somente em projetos de pesquisa, pois na clínica diária causa grande desconforto aos pacientes⁸.

A controvérsia do RLF e seu papel na patogênese de afecções otorrinolaringológicas é decorrente da falta de consenso a respeito dos critérios diagnósticos da DRLF, marcado pela dificuldade da realização do exame padrão-ouro e pela subjetividade do exame laringoscópico.

Diretrizes terapêuticas

Tratamento clínico

O objetivo do tratamento da DRLF é o desaparecimento dos sintomas e a cicatrização das lesões laríngeas, sendo realizado com a supressão ácida. Devido às semelhanças entre DRLF e DRGE, o tratamento clínico baseia-se nos mesmos

fundamentos: a instituição de medidas comportamentais e a administração de medicamentos que visam à supressão ácida. Contudo, o tratamento da DRLF deve ser mais prolongado e agressivo pela fragilidade do tecido laríngeo^{6,14,16}.

As medidas comportamentais baseiam-se em mudanças de hábitos como elevar a cabeceira da cama cerca de 10 cm, evitar deitar-se nas duas horas posteriores às refeições, suspensão do fumo, redução do peso em obesos, evitar jejum prolongado e refeições copiosas e realização de dieta apropriada. A dieta deve evitar alimentos gordurosos, cítricos, chocolate, café, derivados de tomate, menta, hortelã, bebidas alcoólicas e bebidas gaseificadas.

Giacchi *et al.*, em seu estudo, demonstrou que a elevação da cabeceira da cama e evitar deitar-se nas duas horas posteriores à refeição têm um impacto na melhora dos sintomas maior que a adequação da dieta¹⁵.

Os medicamentos de eleição são os inibidores de bomba protônica (IBP), que estão apresentados na tabela 1. O omeprazol é o IBP mais utilizado, que deve ser administrado em duas tomadas diárias, de 20 mg cada, preferencialmente em jejum.

A duração do tratamento medicamentoso é controversa. Alguns autores preferem manter a medicação por tempo prolongado, no mínimo seis meses¹⁴. Outros preferem mantê-la por no mínimo dois meses até a melhora dos

Tabela 1
Inibidores de bomba protônica utilizados no tratamento da DRLF

Substância	Dose plena diária
Omeprazol	40 mg
Lansoprazol	30 mg
Pantoprazol	40 mg
Rabeprazol	20 mg
Esomeprazol	40 mg

sintomas, com a manutenção das medidas comportamentais.

A melhora dos sintomas laríngeos ocorreu após dois meses do uso do IBP, porém os achados laringoscópicos do refluxo laríngeo somente se reverteram a partir de seis meses do início do tratamento^{6,14}.

Tratamento cirúrgico

Como tratamento alternativo, a funduplicatura de Nissen apresenta bons resultados, sendo indicada especialmente para pacientes com DRLF com remissão incompleta dos sintomas após tratamento medicamentoso^{6,11}.

Referências bibliográficas

1. Paterson WG. Extraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease. *Can J Gastroenterol* 1997; 11 (Suppl):45B-50B.
2. Kahrilas PY. Gastroesophageal reflux disease. *JAMA* 1996; 276:983-8.
3. Tauber S, Gross M, Issing WJ. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2002;112:879-86.
4. Koufman JA. The otolaryngologic manifestation of gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 1991;10 (Suppl 53):1-78.
5. Maceri D, Zim S. Laryngospasm: an atypical manifestation of severe gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2001; 111:1976-9.
6. Koufman JA, Aviv J, Casiano R, Shaw G. Laryngopharyngeal reflux: Position Statement of the Committee on Speech, Voice and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:32-5.
7. Eubanks TR, Pellegrini CA. Hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease. In: Sabiston text book of surgery. 16th ed. Ed Harcourt International Edition 2001, cap 38, p. 755-68.
8. Branski R, Bhattacharyya N, Shapiro J. The reliability of the assessment of endoscopic laryngeal findings associated with laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope* 2002;112: 1019-24.
9. Postma GN, Tomek MS, Belafsky P. Esophageal motor function in laryngopharyngeal reflux is superior to that of classic gastroesophageal reflux. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001;110:1114-6.
10. Koufman JA, Belafsky P, Bach K. Prevalence of esophagitis in patients with pH-documented laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2002;112(9):1606-9.
11. Lindstrom D, Wallace J, Toohill R. Nissen fundoplication surgery for extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux. *Laryngoscope* 2002;112:1762-5.
12. Ylitalo R, Lindestad P, Ramel S. Symptoms, laryngeal findings, and 24-hour pH monitoring in patients with suspected gastroesophago-pharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2001;111:1735-41.
13. Book D, Rhee J, Toohill R, Smith T. Perspectives in laryngopharyngeal reflux: an international survey. *Laryngoscope* 2002;112:1399-406.
14. Belafsky P, Postma G, Koufman JA. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings. *Laryngoscope* 2001;111:979-81.
15. Giacchi R, Sullivan D, Rothstein S. Compliance with anti-reflux therapy in patients with otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2000;110:19-22.
16. Noordzij J, Khidr A. Evaluation of omeprazole in the treatment of reflux laryngitis: a prospective, placebo-controlled, randomized, double-blind study. *Laryngoscope* 2001;111:2147-51.