

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v7n3a2025.15>

Precisão diagnóstica na DRGE: uma análise estruturada dos últimos consensos

Maria Fernanda Rodrigues Lopes Alló¹, Ana Maria Pedrassoli Silva¹, Manuella Della Coleta¹, Maria Eduarda Oliveira Costa Rios¹, Vinícius Furlan Bertencello¹, Lilian Rose Otoboni Aprile²

INTRODUÇÃO

Diante dos avanços na compreensão fisiopatológica e diagnóstica da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), os últimos consensos atualizam os critérios de definição, exclusão e manejo da doença com base em evidências (Gyawali *et al.*, 2023). Entre os principais tópicos, destacam-se a inclusão da esofagite grau B como evidência conclusiva de DRGE, a utilização da impedância-pHmetria ambulatorial para distinção de fenótipos refratários e a definição prática de DRGE suscetível à intervenção médica ou cirúrgica (Gyawali *et al.*, 2023). Este trabalho objetiva revisar os principais pontos atualizados pelos consensos, reunindo critérios diagnósticos que fundamentam decisões clínicas, especialmente frente a quadros refratários ao tratamento ou cujos diagnósticos permanecem inconclusivos segundo critérios prévios (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022).

MÉTODOS/DESENVOLVIMENTO

Esta pesquisa consiste em uma análise estruturada dos últimos consensos relacionados à DRGE, fundamentados em revisão sistemática da literatura e não envolve coleta primária de dados, baseando-se na análise crítica de estudos existentes por um painel de especialistas internacionais, visando aprimorar os critérios diagnósticos da DRGE.

Ambos os consensos envolveram revisão sistemática da literatura recente, visando identificar tópicos que demandavam atualização.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

O diagnóstico definitivo de DRGE exige achados objetivos além dos sintomas, como evidências endoscópicas claras (Gyawali *et al.*, 2023). A monitorização ambulatorial do refluxo ácido é considerada padrão ouro para diagnóstico, sendo a cápsula wireless útil para avaliar o tempo de exposição ácida (AET); valores de AET > 6% confirmam a DRGE, enquanto AET < 4% sugerem outras condições, como hipersensibilidade ao refluxo. Caso o método esteja indisponível, a pHmetria com sonda é uma alternativa válida (Gyawali *et al.*, 2023).

A esofagite erosiva grau A, conforme classificação de Los Angeles, é de menor especificidade diagnóstica, sendo necessária a correlação com sintomas e exames complementares, visto que essas lesões também podem estar presentes em indivíduos assintomáticos (Gyawali *et al.*, 2023). Entretanto, as demais classificações para esofagites erosivas, segundo Los Angeles, são conclusivas para o diagnóstico de DRGE (Gyawali *et al.*, 2023).

A monitorização de pH esofágico é fundamental em pacientes com sintomas atípicos ou refratários ao uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs). Nesse contexto, a correlação sintoma-refluxo (CSR), avaliada pelo índice de sintomas (IS \geq 50%) ou pela probabilidade de associação de sintomas (PAS > 95%), contribui para indicar a relação causal entre o refluxo e a queixa clínica. Contudo, por si só, não é suficiente para confirmação diagnóstica, pois pode ocorrer em distúrbios funcionais (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022).

Durante o uso de IBPs, valores de AET > 6% indicam DRGE refratária, enquanto AET < 4% associado a PAS < 95% não sustentam esse diagnóstico (Gyawali *et al.*, 2023). A presença de mais de 80 eventos de refluxo total ou mais de 40 eventos ácidos na impedância-pHmetria, bem como episódios de refluxo gasoso, são considerados achados de apoio ao diagnóstico (Gyawali *et al.*, 2023).

Condições como esofagite eosinofílica ou distúrbios motores esofágicos podem coexistir, mas não diagnosticam DRGE refratária isoladamente. A impedância basal noturna média (MNBI) aparece como um parâmetro promissor: valores < 1500 ohms indicam prejuízo da integridade da mucosa, porém ainda não são critérios decisivos (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022).

A resposta clínica isolada aos IBPs não é suficiente para confirmação diagnóstica. Entretanto, quando associada a achados objetivos de refluxo, melhora a acurácia diagnóstica (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022).

CONCLUSÕES

Os últimos consensos, particularmente o Consenso de Lyon 2.0, atualizaram os critérios de diagnóstico e conduta para a DRGE com base em evidências científicas robustas e consenso internacional (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022). A endoscopia continua sendo ferramenta central, especialmente quando há esofagite grau B ou superior, esôfago de Barrett ou estenose péptica comprovada por biópsia (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022). Em casos sem confirmação endoscópica, a avaliação deve ser realizada entre 2 e 4 semanas após a suspensão dos IBPs, para reduzir a chance de resultados falso-negativos (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022). O monitoramento com cápsula wireless é o método mais indicado em pacientes sem alterações endoscópicas, embora sua disponibilidade seja limitada. A pHmetria convencional com sonda permanece uma alternativa válida (Gyawali *et al.*, 2023). A interpretação do AET continua sendo central: valores acima de 6% confirmam o diagnóstico, enquanto valores abaixo de 4% exigem investigação complementar (Gyawali *et al.*, 2023).

A impedância-pHmetria ambulatorial com uso de IBPs é indicada em sintomas atípicos ou refratários, e o número de refluxos, além da MNBI, contribui para diagnóstico (Gyawali *et al.*, 2023). As atualizações aprimoram critérios anteriores e incorpora novas ferramentas diagnósticas, possibilitando abordagem mais eficaz e individualizada da DRGE (Gyawali *et al.*, 2023; Katz *et al.*, 2022).

Palavras-chaves: Doença do refluxo gastroesofágico, diagnóstico, atualização, tratamento, refratariedade.

Conflitos de interesse: Os autores não têm conflito de interesse a divulgar.

REFERÊNCIAS

GYAWALI, C P.; YADLAPATI, R.; FASS, R.; KATZKA, D.; PANDOLFINO, J.; SAVARINO, E.; SIFRIM, D.; SPECHLER, S.; ZERBIB, F.; FOX, M. R. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut*, [S.L.], v. 73, n. 2, p. 361-371, 21 set. 2023. DOI: 10.1136/gutjnl-2023-330616. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10846564/>. Acesso em: 15 mai. 2025.

KATZ, P. O.; DUNBAR, K. B.; SCHNOLL-SUSSMAN, F. H.; GREER, K. B.; YADLAPATI, R.; SPECHLER, S. J.. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **American Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 117, n. 1, p. 27-56, 22 nov. 2021.DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8754510/>. Acesso em: 15 mai. 2025.