

# REFLUXO LARINGOFARÍNGEO: ESTUDO PROSPECTIVO CORRELACIONANDO ACHADOS À VIDEOLARINGOSCOPIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

LARINGOPHARYNGEAL REFLUX: PROSPECTIVE STUDY THAT COMPARES VIDEOLARYNGOSCOPY AND UPPER ENDOSCOPY FINDS

Eduardo Abram Kauffman\*, Luiz Carvalho Neto\*\*, Lívio Martins Teixeira\*\*\*, Claudia Marina Puga Barbosa Oliveira\*\*\*\*, Júlio César Simas Ribeiro \*\*\*\*

**RESUMO:** Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico tem duas manifestações clínicas distintas reconhecidas: o refluxo gastroesofágico clássico e o refluxo com manifestações extraesofágicas (incluindo o refluxo laringofaríngeo). **Objetivos:** Estudar as alterações nas mucosas laríngea, esofágica e gástrica em pacientes com quadro clínico compatível RLF. **Pacientes e métodos:** Estudo prospectivo clínico não controlado, onde foram incluídos 58 pacientes. Todos os pacientes realizaram a videolaringoscopia e endoscopia digestiva alta (EDA). **Resultados:** A avaliação videolaringoscópica evidenciou alterações em 49 (84,5%) pacientes. A EDA mostrou que 51 (87,9%) pacientes tinham gastrite e 8 (13,8%) tinham esofagite. Os principais sintomas encontrados foram queimação em garganta (72,4%), globus faríngeo (67,2%) e pigarro (60,3%). **Conclusão:** A comparação entre as alterações esofágicas, gástricas e laríngeas permitiu sugerir que a mucosa laríngea é frequentemente mais acometida que a mucosa esofágica.

**Palavras-chave:** Doença do refluxo gastroesofágico, refluxo laringofaríngeo, endoscopia digestiva alta, videolaringoscopia.

**ABSTRACT: Introduction:** Gastroesophageal reflux disease has two distinct clinical forms: classical gastroesophageal reflux (GER) and reflux with extra-esophageal manifestation (including laryngopharyngeal reflux). **Objective:** Studying changes into laryngeal, esophageal and gastric mucosae of LPR patients. **Patients and methods:** Prospective uncontrolled clinical study which has included 58 patients. All patients were submitted to videolaryngoscopy and upper endoscopy (UE). **Results:** Videolaryngoscopy evaluation showed changes in 49 patients (84,5%). UE showed that 51 patients (87,9%) had gastritis and 8 (13,8%) had esophagitis. Main symptoms were burning throat (72,4%), globus pharyngeous (67,2%) and throat clearing (60,3%). **Conclusion:** The comparison between esophageal, gastric and laryngeal mucosae suggests that laryngeal mucosae is more frequently involved in LPR than esophageal mucosae.

**Keywords:** Gastroesophageal reflux disease, laryngopharyngeal reflux, upper endoscopy, videolaryngoscopy.

## INTRODUÇÃO

Do ponto de vista clínico, definimos a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) como uma afecção crônica decorrente do refluxo de par-

te do conteúdo gástrico (e, por vezes, gastroduodenal) para o esôfago. Os principais sintomas da DRGE são pirose, regurgitação e dor subesternal. Deve-se ressaltar que a inexistência desses sintomas não descarta a possibilidade de DRGE, as-

\* Mestre em otorrinolaringologia, professor assistente da Ufam.

\*\* Médico gastroenterologista.

\*\*\* Médico otorrinolaringologista.

\*\*\*\* Acadêmico do 6º ano de Medicina da Ufam

sim como a sua intensidade não auxilia no diagnóstico de esofagite. O diagnóstico deve ser suscitado de forma quase patognômica pelos sinais e sintomas descritos, especialmente em relação à pirose e à regurgitação. Além disso, a endoscopia digestiva alta e a pHmetria de 24h (padrão ouro) devem ser solicitadas em situações específicas.<sup>3,7,16</sup> Entretanto, a maioria dos pacientes com sintomas sugestivos de DRGE (pirose, regurgitação ácida) não necessita de nenhum exame investigatório inicialmente, sendo o diagnóstico determinado pela prova terapêutica com uma droga inibidora da bomba de prótons (IBP), lembrando que a prova terapêutica pode ser realizada em pacientes com idade inferior a 40 anos e sem sinais de alerta. Uma resposta satisfatória praticamente sela o diagnóstico (melhora considerável dos sintomas nas primeiras 4 semanas de tratamento).<sup>11,14</sup>

Estudos recentes comprovam que a DRGE tem duas manifestações clínicas distintas: sua forma clássica que cursa com esofagite e é denominada simplesmente de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE); e sua manifestação extraesofágica, que pode cursar apenas com sintomas altos, incluindo a síndrome denominada Refluxo Laringofaríngeo (RLF), além de broncoespasmo, asma, etc. O termo laringofaríngeo, portanto, não significa que o refluxo ocorre apenas nesta região, mas sim que acomete principalmente o epitélio dessa topografia anatômica, que tem características próprias. Apenas 18% dos pacientes com sintomatologia compatível com RLF têm esofagite de refluxo.<sup>1,5</sup> Cerca de 80% das queixas de garganta tem refluxo associado.<sup>17,18</sup>

Os principais sinais evidenciados pela videolaringoscopia são edema e hiperemia de laringe, hiperemia e hiperplasia linfoide em parede posterior da faringe, alterações interarritenoideas, úlceras de contato na glote, granuloma laríngeo, pólipos de laringe, edema de Reinke, estenose subglótica e laringite hipertrófica. Os principais sintomas são disfonia, tosse, sensação de globus faríngeo, pigarro, hipersalivação, odinofagia, disfagia alta, queimação em garganta e garganta seca.<sup>3,9,10,17</sup>

O tratamento do RFL visa à eliminação dos fatores propiciadores, sugerindo ao paciente mudança nos hábitos alimentares e hábitos de vida. Faz-se também necessária, na maioria dos casos, a terapia medicamentosa. O tratamento inicial deve ser feito com bloqueadores da bomba de prótons, em duas doses diárias, por no mínimo 12 semanas.<sup>1,5</sup> O tratamento cirúrgico é indicado em casos que não responderam às medidas terapêuticas usuais e que apresentem esofagite de Barret, estenoses ou processos hemorrágicos. Casos de aspirações frequentes com rouquidão ou estenose subglótica podem também requerer intervenção cirúrgica. O tratamento cirúrgico mais utilizado é a fundoplicatura do estômago.<sup>1,6,9,10</sup>

## OBJETIVOS

Estudar as alterações nas mucosas esofágica, gástrica e laríngea em pacientes com quadro clínico compatível com Refluxo Laringofaríngeo (RLF), bem como descrever a sintomatologia geral desses pacientes.

## PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo clínico não controlado, onde foram incluídos 58 pacientes adultos com idade variando entre 21 e 78 anos, com média de 39,17 anos, sendo 42 mulheres e 16 homens. Foram atendidos no Ambulatório Araújo Lima, da Universidade Federal do Amazonas, no período compreendido entre agosto de 2005 e maio de 2007. Os pacientes precisavam apresentar queixas crônicas (maior que três meses) sugestivas de Refluxo Laringofaríngeo (disfonia, tosse, sensação de globus faríngeo, pigarro, hipersalivação, odinofagia, disfagia alta, queimação em garganta e garganta seca). Esses pacientes foram encaminhados do Serviço de Gastroenterologia ou do próprio Serviço de Otorrinolaringologia para um ambulatório específico de RLF, criado para esta pesquisa.

Na primeira consulta, o paciente recebia omeprazol, sendo orientado a utilizar a medicação por 4 semanas, realizando assim a prova tera-

pêutica com um IBP, que é uma forma de se confirmar o diagnóstico de RGE patológico. A consulta consistia de história clínica e exame físico, juntamente com os dados pessoais do paciente. Em seguida, os pacientes eram encaminhados para realização da EDA e videolaringoscopia (realizavam os dois exames na mesma semana da primeira consulta). As endoscopias digestivas foram realizadas por diversos profissionais e todas foram fotografadas. A videolaringoscopia foi realizada com laringoscópio flexível Penthax de 3,5 mm de diâmetro acoplada à microcâmera e sistema de vídeo VHS para gravação do exame, sendo todos eles realizados pelo mesmo profissional.

Os pacientes que obtiveram uma boa melhora dos sintomas nas 4 primeiras semanas de tratamento e que realizaram os dois exames complementares foram incluídos na pesquisa. Os critérios de exclusão adotados foram uma resposta insatisfatória ao teste terapêutico com omeprazol, a não realização dos dois exames complementares e os pacientes fumantes. Ao todo foram atendidos 105 pacientes e, desses, apenas 58 foram incluídos na pesquisa.

Todos os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas.

Os pacientes foram tratados clinicamente, com orientações dietéticas e posturais, omeprazol (40 mg/dia, dividido em duas tomadas diárias, uma pela manhã, em jejum, e outra antes do jantar) por um período mínimo de 8 semanas. A recuperação clínica foi estabelecida pela melhora das queixas e achados laringoscópicos.

## RESULTADOS

Dos 105 pacientes estudados, 58 foram incluídos na amostra final. A avaliação por meio da endoscopia digestiva alta mostrou que dos 58 pacientes avaliados apenas 7 (12,1%) apresentaram exame normal, ou seja, sem alterações esofágicas ou gástricas; 19 (32,7%) tinham gastrite leve; 28 (48,3%) tinham gastrite moderada; e 4 (6,9%) tinham gastrite acentuada.

Os resultados da EDA também mostraram que 21 (36,2%) pacientes tinham hérnia hiatal; 8 (13,8%) tinham esofagite grau I de Allison; 3 (5,2%) apresentavam duodenite erosiva; 3 (5,2%) apresentavam divertículo de Zencker; 2 (3,4%) apresentavam um pseudodivertículo bulbar; 4 (6,9%) apresentavam deformidade pilórica. A biópsia da mucosa gástrica mostrou que 13 (22,4%) dos pacientes tiveram pesquisa positiva para *Helicobacter pylori*.

A avaliação videolaringoscópica mostrou que em 49 (84,5%) pacientes foram achados sinais de edema e hiperemia da laringe posterior e/ou alterações nas cordas vocais. Em 9 (15,5%) dos pacientes não foram encontradas alterações, ou seja, o exame apresentou-se normal.

Dos 49 pacientes com alterações à videolaringoscopia, 3 (6,1%) não apresentaram alterações na EDA; 39 (79,5%) apresentaram um tipo de gastrite; 20 (40,8%) apresentaram hérnia hiatal; 12 (24,5%) apresentaram pesquisa positiva para *Helicobacter pylori*; 6 (12,2%) apresentaram esofagite; 3 (6,1%) apresentaram duodenite erosiva, 2 (4,1%) apresentaram divertículo de Zencker; e 2 (4,1%) apresentaram pseudodivertículo bulbar.

A sintomatologia referida pelos 58 pacientes constou queimação em garganta, referida por 42 (72,4%) dos pacientes; globus faríngeo, referido por 39 (67,2%) dos pacientes; tosse seca, citada por 37 (63,8%) dos pacientes; disfonia, referida por 37 (63,8%) dos pacientes; caseum, em 37 (63,8%) dos pacientes; pigarro, referido por 35 (60,3%) dos pacientes; sintomas dispépticos, referido por 32 (55,2%) dos pacientes; hipersalivação, referida por 18 (31%) dos pacientes; dor de garganta, referida por 30 (51,7%) dos pacientes; disfagia, referida por 28 (48,3%) dos pacientes; glossodínia, referida por 25 (43,1%) dos pacientes; halitose, em 24 (41,4%) dos pacientes; pirose, referida por 22 (38,9%) dos pacientes; aftas, em 11 (19%) dos pacientes; odinofagia, referida por 9 (15,5%) dos pacientes; problemas dento-gengivais, em 8 (13,7%) dos pacientes; e dispnéia, em 6 (10,3%) dos pacientes.

O tempo médio de tratamento clínico medicamentoso foi de 3 meses, sendo que em 52 (89,6%) dos pacientes houve remissão completa

dos sintomas. Apenas 6 (10,4%) dos pacientes não apresentaram remissão completa dos sintomas, mesmo sendo tratados por período superior a 4 meses.

O período de seguimento médio após cessar o tratamento medicamentoso por remissão do quadro foi de dois meses. Até o momento da redação deste trabalho, nenhum dos pacientes tratados clinicamente apresentou recidiva; porém todos mantêm uma certa restrição dietética e cuidados com hábitos e vícios que estimulam o refluxo.

## DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo sugerem que uma anamnese bem sedimentada tem grande chance de correlação com DRGE. A comparação entre alterações nas mucosas laríngea e esofágica deixa claro que, ao contrário do que sugere Eckley *et al.*, as alterações no RLF não acometeram preferencialmente as mucosas laríngea, faríngea e cavidade oral.<sup>9,10</sup> Ao todo, 51 (97,9%) dos pacientes apresentaram pelo menos um tipo de alteração na EDA, ao passo que 49 (84,4%) dos pacientes apresentaram pelo menos um tipo de alteração na videolaringoscopia. De fato, não vimos um predomínio por alterações “altas”, ou seja, ao nível da região laringofaríngea. Supomos que a DRGE pode, sim, cursar com manifestações atípicas, mas há também um comprometimento clássico, ou seja, o paciente com RLF apresenta frequentemente um acometimento em nível esofágico e/ou gastroduodenal, que frequentemente é assintomático.

O dano exclusivamente esofágico mostrou-se presente em apenas 3 (5,1%) dos pacientes confirmando os dados da literatura,<sup>9,10</sup> que afirmam que a mucosa respiratória tem um epitélio bem menos afeito às agressões dos ácidos do estômago. Os pacientes com RLF geralmente têm motilidade esofágica normal ou próxima do normal, ao contrário do que ocorre com os pacientes com esofagite que apresentam desmotilidade esofágica frequente.<sup>6,7,9,10</sup>

Dentre os sintomas encontrados, destaque para queimação em garganta, referida por 72,4%

dos pacientes; globus faríngeo, referido por 67,2% dos pacientes; tosse seca, citada por 63,8% dos pacientes; disfonia, referida por 63,8% dos pacientes; caseum, em 63,8% dos pacientes; e pigarro, referido por 60,3% dos pacientes. O globus faríngeo é também citado por Woo e é defendido como um sintoma inespecífico de irritação laríngea em cuja etiologia a DRGE tem grande participação. Dos 58 pacientes, vimos que em 27 (50%) há mais de 6 sintomas presentes, ou seja, os sintomas dessa doença assumiram uma importância tão grande que, na maioria das situações, fazem com que os exames complementares seja meros coadjuvantes para estabelecer o diagnóstico.

Os conhecimentos sobre refluxo laringofaríngeo se encontram em evolução, desde seu diagnóstico até seu tratamento. Hoje se sabe que há alterações detectadas ao exame histológico que não são revelados à endoscopia e a pHmetria de 24 horas. A maioria dos autores prefere o uso empírico de drogas como teste terapêutico e ferramenta propedêutica. A transposição dessas medidas terapêuticas para o RLF ainda não está totalmente elucidada, contudo, ao não se dispor de meios adequados para uma completa investigação, o melhor é se optar pelo início do tratamento.<sup>14</sup>

Estudos mais complexos e com amostras maiores, com um grupo controle, fornecerão resultados mais fidedignos. Podemos, contudo, afirmar que pacientes com sintomas crônicos de disfonia, globus, tosse seca, hipersalivação, pigarro, disfonia e queimação em garganta devem ser objetos de investigação acurada, tendo eles a sugestiva associação com RLF.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente trabalho sugerem uma forte correlação entre sintomas otorrinolaringológicos e doença do refluxo gastroesofágico, que é uma patologia do sistema digestivo muitas vezes subdiagnosticada em nosso meio. Os autores concluem que há suspeita forte para se chegar ao diagnóstico de DRGE em pessoas com manifestações tão atípicas como tosse seca, pigarro e disfonia.



A comparação entre as alterações esofagianas e laríngeas permitiu sugerir que a mucosa laríngea é frequentemente mais acometida que a mucosa esofágica. Os pacientes com sintomas crônicos sugestivos de RLF devem ser objetos de investigação acurada.

## REFERÊNCIAS

1. AHUJA, V.; YENCHA, M. W.; LASSEN, L. F. *Head and Neck Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease*. American Academy of Family Physicians, 60(3), 1999.
2. BELAFSKY, P. C.; POSTMAN, G. N.; KOUFMAN, J. A. *Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings*. Laryngoscope, 111 (6):979-81, 2001.
3. BURATI, D. O.; DUPRAT, A. C; ECKLEY, C. A.; COSTA, H. O. *Doença do refluxo gastroesofágico: análise de 157 pacientes*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 69(4):458-462, 2003.
4. CASTAGNO, A.; GASTAL, O. L.; CASTAGNO, S. *Faringite e Laringite Associadas a Refluxo Gastroesofágico*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 60(3):167-171, 1994.
5. CHANDRA, A.; MOAZZEZ, E.; BARTLETT, B.; ANGGIANSAH, A.; OWEN, W. J. *A review of the atypical manifestations of gastroesophageal reflux disease*. International Journal of Clinical Practice, 58:41, 2004.
6. COSTA, H. O.; ECKLEY, C. A.; FERNANDES, A. M. F.; DESTAILLEUR, D.; VILLELA, P. H. *Refluxo gastroesofágico: comparação entre os achados laríngeos e digestivos*. F Méd., (BR), 114(supl 3):97-101, 1997.
7. COSTA, H. O.; ECKLEY, C. A. *Correlação do volume e pH salivar com sintomas laringofaríngeos*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 70(1):24-29, 2004.
8. DEVENNEY, C. W.; BENNER, K.; COHEN, J. *Gastroesophageal reflux and laryngeal disease*. Arch Surg., 128:1.021-7, 1993.
9. ECKLEY, C. A. & COSTA, H. O. *Manifestações otorrinolaringológicas da doença do refluxo gastroesofágico*. In: MARTINEZ, J. C. Atheneu Afecções Cirúrgicas do Estômago e Intestino Delgado. São Paulo, 2002 (no prelo).
10. ECKLEY, C. A. *Manifestações Otorrinolaringológicas da Doença do Refluxo Gastroesofágico*. Revista Vox brasiliis, 10:13-18, 2004.
11. FRASER, A. G.; MORTON, R. P.; GILLIBRAND, J. *Presumed laryngo-pharyngeal reflux: investigate or treat?*. The Journal of laryngology and otology, 144:441-7, 2000.
12. GAVAZZONI, F. B.; ATAÍDE, A. L.; HERRERO JÚNIOR, F.; MACEDO FILHO, E. D. *Esofagite por refluxo e laringite por refluxo: estágios clínicos diferentes da mesma doença?*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 68(1):86-90, 2002.
13. GILL, G. A.; ARTHUR, C.; HAMPSON, F.; DETTMAR, P.; MOORGHEN, M.; PIGNA TELLI, M. *Characterization of acid and pepsin damaged laryngeal and esophageal mucosa*. Abstracts of the Digestive Disease Week, T1115:A-595, 2002.
14. HENDEL, J.; HENDEL, L.; AGGESTRUP, S. *"Morning or evening dosage of omeprazole for gastro-oesophageal reflux disease?"*. Aliment. Pharmacol. Ther, 9: 693-697, 1995.
15. IVANO, F. H.; NASSIF FILHO, A. C. N.; GORTZ, F.; MIYAKE, R. T.; NAKAMOTO, R. H. *Diagnóstico da Doença do Refluxo Gastroesofágico-Endoscopia Versus pH-Metria de 24 Horas*. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 65(5):468-473, 2000.
16. JINDAL J. R.; MILBRATH M. M.; SHAKER, R.; HOGAN. W. J.; TOOHILL, R. J. *Gastroesophageal reflux as a likely cause of 'idiopathic' subglottic stenosis*. Ann Otol Rhinol Laryngol, 103:186-91, 1994.
17. KOUFMAN, J. A. *Gastroesophageal reflux and voice disorders*. In: RUBIN, J. S, ed. Diagnosis and treatment of voice disorders. New York: Igaku-Shoin, 1995, p. 161-75.

18. LITTLE, F. B.; KOUFMAN, J. A.; KOHUT, R. I. *Effect of Gastric Acid on the Pathogenesis of Subglottic Stenosis*. Ann Otol Rhinol Laryngol., 94:516-9, 1985.
19. OLSON, N. R. *Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease*. Otolaryngol Clin North Am., 24(5):1201-13, 1991, Oct.
20. WOO, P. *Association of esophageal reflux and globus symptom: comparison of laryngoscopy and 24-hour pH manometry*. Otolaryngol Head Neck Surg., 115(6):502-7 1996.

**Dados para correspondência:**

Eduardo Abram Kauffman  
Rua Franco de Sá, 3.º andar, salas 308/309,  
Edifício Amazon Trade Center  
São Francisco – Manaus-AM – CEP 69079-210

**Agradecimento à Fapeam.**