

# REFLUXO LARINGOFARÍNGEO: UMA MANIFESTAÇÃO ATÍPICA DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO CLÁSSICA

LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX: AN ATYPICAL MANIFESTATION OF CLASSIC GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Eduardo Abram Kauffman\*, Júlio César Simas Ribeiro\*\*, Cláudia Marina Puga Barbosa Oliveira\*\*\*

**RESUMO:** A Doença do Refluxo Gastroesofágico tem duas manifestações clínicas distintas: Refluxo Gastroesofágico patológico ou DRGE clássica e Refluxo Laringofaríngeo (RLF) com sintomas respiratórios e/ou laríngeos que acabam trazendo os pacientes à atenção do otorrinolaringologista. Os principais sintomas são disфония, tosse, sensação de globus faríngeo, pigarro, hipersalivação, odinofagia, disfagia alta, queimação em garganta e garganta seca. O tratamento é basicamente clínico e deve buscar a eliminação dos fatores propiciadores, com mudança nos hábitos alimentares e de vida. Faz-se também necessária, na maioria dos casos, a terapia medicamentosa, inicialmente com bloqueadores da bomba de prótons. Apesar da alta frequência, uma vez que cerca de 80% das queixas de garganta têm refluxo associado; a doença laringofaríngea ainda é subdiagnosticada.

**Palavras-chave:** Doença do Refluxo Gastroesofágico, Refluxo Laringofaríngeo, manifestação atípica.

**ABSTRACT:** The Gastroesophageal Reflux Disease has two different clinical manifestations: the pathological Gastroesophageal Reflux or classic GERD and the Laryngopharyngeal Reflux (LPR) with respiratory and/or laryngeal symptoms which call the otorhinolaryngologist's attention. The main symptoms are dysphonia, cough, pharyngeal globus, throat clearing, sialorrhoea, odynophagia, upper dysphagia, burning sensation in the throat and throat dryness. Treatment is basically clinical and must mind precipitation factors, changes in eating habits and in life. Medical management with proton pump *inhibitors is also needed in most* cases. Despite the high occurrence, as around 80% of throat complaints are related to reflux, the laryngopharyngeal disease still isn't properly detected.

**Keywords:** Gastroesophageal Reflux Disease, Laryngopharyngeal Reflux, atypical manifestation.

A porção alta do tubo digestivo é composta por boca, orofaringe, laringe, esôfago, estômago e duodeno. O alimento, ao ser ingerido, percorre sequencialmente essas regiões, utilizando como propulsão a força da gravidade e o peristaltismo. Ao chegar ao estômago e ao duodeno, sofre ação do conteúdo gástrico e duodenal, composto por enzimas e ácidos capazes de digerir os alimentos, para posteriormente serem absorvidos.<sup>20</sup>

Existem mecanismos que impedem que o alimento se movimente de maneira retrógrada por esse tubo. Os principais são os esfíncteres esofágicos inferior e superior. Quando há incompetência desses esfíncteres ocorre um fenômeno chamado refluxo alimentar, onde o conteúdo gastroduodenal, responsável pela digestão do alimento ingerido, percorre o caminho inverso, atingindo as regiões esofágica, laríngea e faríngea.<sup>15</sup> Esse

\* Mestre em Otorrinolaringologia.

\*\* Acadêmico do 6.º ano de Medicina, Ufam.

\*\*\* Acadêmica do 6.º ano de Medicina, Ufam.

refluxo alimentar ocorre fisiologicamente durante o dia, principalmente após refeições volumosas – quando evita a hiperdilação do estômago – e durante o sono – quando é favorecido pela posição em decúbito.<sup>20</sup> Ele pode, porém, se tornar patológico quando há exposição prolongada do conteúdo ácido sobre mucosas não especializadas em recebê-lo, como no esôfago, laringe e faringe.<sup>8,10,13</sup>

Os esfíncteres esofágicos, já citados, são importantes mecanismos antirrefluxo e o esfíncter esofágico inferior (EEI), situado entre o esôfago distal e o estômago, é o principal deles. Se esse esfíncter se tornar incompetente, com tônus basal muito baixo ou com relaxamentos transitórios frequentes (mecanismo mais comum), ocorre o refluxo gastroesofágico (RGE), podendo se transformar em Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), quando causa lesões esofágicas.<sup>2,14,19</sup>

Do ponto de vista clínico, definimos a DRGE como uma afecção crônica decorrente do refluxo de parte do conteúdo gástrico (e por vezes, gastroduodenal) para o esôfago, acarretando um espectro de sintomas esofágicos e/ou extraesofágicos, frequentemente associados a lesões teciduais (ex.: esofagite). 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, assim como a sua intensidade não auxilia no diagnóstico de esofagite. O diagnóstico deve ser suspeitado de forma quase patognomônica 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>3,6,14,17</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). Uma resposta satisfatória praticamente sela o diagnóstico (melhora considerável dos sintomas nas primeiras quatro semanas de tratamento).<sup>11</sup>

A primeira associação entre doença laríngea e refluxo gastroesofágico foi relatada por Coffin em 1903, especulando que a “eructação de gases do estômago” e hiperacidez são responsáveis por sintomas em muitos de seus pacientes com “catarro pós-nasal”. Segundo ele, este problema era negligenciado porque muitos desses pacientes não tinham sintomas gastrintestinais. Cherry e Margulus, em 1968, relataram três casos de pacientes com úlcera de contato na laringe e refluxo esofágico significativo evidenciado nos estudos com bário.<sup>7,11</sup> Estudos subsequentes têm estimado que 10% dos tossidores crônicos, 5 a 10% dos pacientes com rouquidão, 25 a 50% dos pacientes com sensação de globus, e um pequeno mas definido grupo com câncer laríngeo tem DRGE como fator etiológico primário.<sup>18</sup>

Os estudos de pesquisadores, como Kouffman e Oson, acabaram por mostrar que a DRGE, apesar de ser causada pelo mesmo mecanismo, 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 atípica, que pode cursar apenas com sintomas altos, sendo denominada Refluxo Laringofaríngeo (RLF). Portanto, o termo laringofaríngeo não significa que o refluxo ocorre apenas nesta região, mas sim que acomete principalmente o epitélio dessa topografia anatômica, que tem características próprias. Neste caso, apenas 18% dos pacientes com sintomatologia compatível com RLF têm esofagite de refluxo.<sup>1,5</sup>

No início da década de 80, se o médico relatasse que o problema de garganta de seu paciente tinha origem no estômago, arrancariam risos dos colegas. O episódio é verídico e ocorreu com o pesquisador americano James Kaufman. Hoje, as pesquisas nessa área já estão bem avançadas, até mesmo no Brasil. Estatísticas mundiais mostram que o Dr. Kaufman estava certo: cerca de 80% das queixas de garganta têm refluxo associado. Apesar disso, são poucos os otorrinolaringologistas que aplicam em seus consultórios as “novas ideias”. Isso ocorre porque a forma clássica da doença sempre

foi diagnosticada sem dificuldades, mas nunca relacionada aos sintomas “altos”.<sup>15</sup>

A mudança na forma de enfrentar o RFL ocorreu após o acesso às fibras óticas na prática clínica, utilizada como instrumento de diagnóstico para detectar partes queimadas na garganta, principalmente na entrada do esôfago.<sup>5,6</sup>

O mecanismo patogênico nos diferentes tipos de refluxo é o mesmo: a ação química do conteúdo gástrico na mucosa laríngea; porém não é consenso que o RLF é uma manifestação atípica da DRGE.<sup>10</sup>

A prevalência de distúrbios relacionados com a sintomatologia compatível com o RLF na prática otorrinolaringológica é estimada em 4 a 10% e a prevalência de RLF em pacientes com alterações vocais e distúrbios laríngeos atinge 50 a 78%.<sup>19</sup>

Pacientes com RLF geralmente possuem lesões que podem ser evidenciadas por meio de videolaringoscopia (geralmente o primeiro exame solicitado), como edema e hiperemia de laringe, hiperemia e hiperplasia linfoide em parede posterior da faringe, alterações interarritenoideas (laringite posterior), úlceras de contato na glote, granuloma laríngeo, pólipos de laringe, edema de Reinke, estenose subglótica e laringite hipertrófica. Os achados mais comuns são o edema glótico e a laringite posterior. Os principais sintomas são disфония, tosse, sensação de globus faríngeo, pigarro, hipersalivação, odinofagia, disfagia alta, queimação em garganta e garganta seca.<sup>3,8,9,15</sup>

O tratamento clínico deve buscar a eliminação dos fatores propiciadores. É sugerido 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 quando o paciente não tem melhora significativa com o tratamento clínico e é pouco utilizado em casos que apresentam com sintomatologia laringofaríngea isolada. É indicado em casos que não responderam às medidas terapêuticas usuais e que apre-

sentem esofagite de Barrett, 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 funduplicatura do estômago, que promove aumento na tensão do esfíncter esofágico inferior (EEI).<sup>1,5,20</sup>

Portanto, trata-se de uma enfermidade recente e ainda de difícil diagnóstico. Atualmente o que se vê de concreto é que temos uma patologia laringofaríngea frequente, porém ainda subdiagnosticada. O especialista, ao deparar-se com pacientes portadores de queixas laringológicas crônicas sem melhoras aos tratamentos médicos convencionais, deve obrigatoriamente incluir dentre suas suspeitas diagnósticas o RLF. O diagnóstico correto e precoce alertará o paciente e o médico sobre potenciais prejuízos a médio e longo prazos e a necessidade de tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. AHUJA, V.; YENCHIA, M. W.; LASSEN, L. F. Head and Neck Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Academy of Family Physicians*, 60(3), 1999.
2. BRETAN, O.; HENRY, M. A. C. A. Refluxo Gastroesofágico e Sintomas Otorrinolaringológicos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 61(5): 373-377, 1995.
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. Correlação do volume e pH salivar com sintomas laringofaríngeos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70(1):24-29, 2004.
7. DEVAULT, K. R.; CASTELL, D. O. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology*. *Am. J Gastroenterol.*, 94(6):1434-42, 1999.
8. ECLEY, C. A.; MARINHO, V. P.; SCALA, W. R.; COSTA, H. O. PH-metria esofágica de 24 horas de Duplo Canal no Diagnóstico da Laringite por Refluxo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 66(2):110-4, 2000.
9. ECKLEY, C. A. Manifestações Otorrinolaringológicas da Doença do Refluxo Gastroesofágico. *Revista Vox brasilis*, 10:13-18, 2004.
10. 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.
11. HENDEL, J.; HENDEL, L.; AGGESTRUP, S. Morning or evening dosage of omeprazole for gastro-oesophageal reflux disease?. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 9: 693-697, 1995.
12. HUNGRIA, H. *Otorrinolaringologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2000.
13. 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.
14. JINDAL J. R.; MILBRATH M. M.; SHAKER, R.; HOGAN. W. J.; TOO HILL, R. J. *Gastroesophageal reflux as a likely cause of 'idiopathic' subglottic stenosis*. *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 1994;103:186-91.
15. 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.
16. MARAMBAIA, O.; ANDRADE, N. A.; VARELA, D. G.; JUNCAL, M. C. Refluxo laringofaríngeano: estudo prospectivo correlacionando achados laringoscópicos precoces com a PHmanometria de 24 horas de 2 canais. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(4):527-531, 2002.
17. MORAES-FILHO, J. P. P.; CECCONELLO, I.; GAMA-RODRIGUES, J.; CASTRO, L. P. *Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment classification and management*. *Am J Gastroenterol.*, 2002; 97(2):241-8.
18. OLSON, N. R. *Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease*. *Otolaryngol Clin North Am*, 24(5):1201-13 1991 Oct.
19. TOO HILL, R. J.; ULUALP, S. O.; SHAKER, R. *Evaluation of gastroesophageal reflux in patients with laryngotracheal stenosis*. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1998; 107:1010-4.
20. VIEIRA, O. M. *Clínica Cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.