



! Gastroenterologia

Refluxo Gastroesofágico em Pediatria

Simone Diniz Carvalho

Especialista em Pediatria e Gastroenterologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Associação Médica Brasileira (AMB). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Gastroenterologista e Endoscopista Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG.

Contato: Simone Diniz Carvalho - simonediniz@hotmail.com

Nathália Luzias de Matos e Silva

Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Associação Médica Brasileira (AMB). Especialização em Gastroenterologia Pediátrica pela Faculdade de Medicina da UFMG.

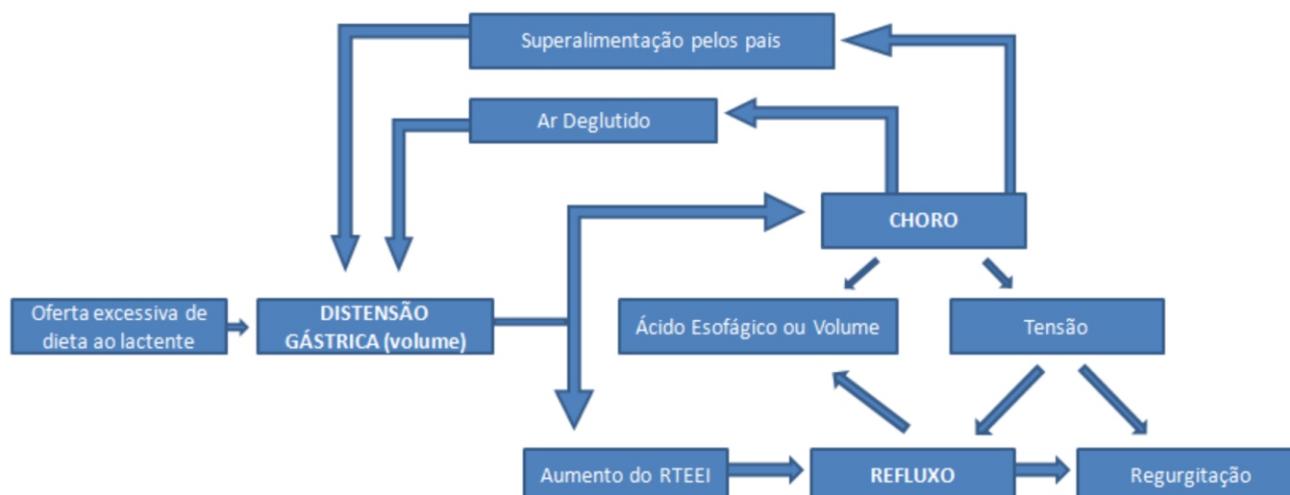
Introdução

O refluxo gastroesofágico (RGE) é geralmente evento fisiológico comum nos primeiros meses de vida. Considera-se doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) quando ele causa desconforto e/ou complicações.

Em lactentes, regurgitações são as manifestações mais comuns e em crianças maiores e adolescentes predominam dor abdominal, dor retroesternal, pirose, ruminação e disfagia. É importante excluir sinais de alerta, tais como: perda ou ganho insuficiente de peso, vômitos biliosos, regurgitações após 6 meses de idade, sangramento gastrointestinal. Nestes casos, deve-se estar atento ao diagnóstico diferencial com alergia à proteína do leite de vaca, estenoses de esôfago, má rotação intestinal, esofagite eosinofílica, entre outros.

Choro excessivo, agitação, arqueamento do corpo e recusa alimentar em recém-nascidos e lactentes podem estar relacionados tanto ao conteúdo ácido gástrico refluído, quanto à distensão excessiva e/ou dismotilidade gástrica (figura 1), assim como a alergia à proteína do leite de vaca (APLV), constipação intestinal, distúrbios neurológicos, entre outros.

Figura 1 – Interações prováveis entre choro e refluxo em lactentes



Fonte: adaptado de Orenstein SR. Curr Gastroenterol Rep.2013, 15:353-7.

A DRGE também está associada a sintomas extraesofágicos, como asma, tosse crônica, pneumonias recorrentes, infecções de vias aéreas de repetição, halitose, erosões dentárias, dentre outros.

O diagnóstico do RGE infantil é estabelecido, na maioria dos casos, com história clínica e exame físico detalhados. Os exames complementares têm suas indicações em casos selecionados e suspeitos de DRGE.

Tratamento

Medidas não medicamentosas

Recomenda-se a posição supina em decúbito com elevação da cabeceira do berço a 30 graus, devendo a elevação ser retirada assim que o lactente começa a se movimentar mais, pois poderá se posicionar em posição contra-lateral à cabeceira. Em crianças maiores e adolescentes, a elevação da cabeceira diminui o RGE, assim como em adultos.

As orientações dietéticas incluem: controle da superalimentação (volume e frequência das mamadas), manter aleitamento materno e, se em aleitamento artificial, o espessamento da dieta com fórmula pré-espessada (AR - antirregurgitação) está indicado, mas apenas em lactentes regurgitadores fisiológicos, sem sinais de alarme. Em lactentes com regurgitações frequentes e/ou desconforto excessivo, é preconizado exclusão da proteína do leite de vaca por 15 dias (uso de fórmulas hipoalergênicas e/ou exclusão na dieta da mãe) para exclusão de APLV, antes de se iniciar tratamento medicamentoso.

As recomendações dietéticas para crianças maiores e adolescentes incluem redução da ingestão de bebidas gaseificadas, alimentos gordurosos, condimentos e refeições volumosas.

Tratamento medicamentoso

Os procinéticos disponíveis em nosso meio são a domperidona e a bromoprida. No entanto, existem poucos trabalhos na literatura, além dos efeitos colaterais importantes e resultados inconsistentes, limitando seu uso. A dose é de 0,2 a 0,3 mg/kg/dose, três vezes ao dia, 30 minutos antes das refeições.

A ranitidina é antiácido de escolha inicial em recém-nascidos e lactentes com RGE, na dose de 8 a 10 mg/kg/dia, de 12/12 horas. Taquifilaxia é o efeito colateral mais frequentemente observado.

Os inibidores de bomba de prótons (IBP) são bem tolerados e com raros efeitos colaterais, mesmo em uso a longo prazo. O omeprazol é aprovado para uso em crianças acima de um ano de idade, com dose preconizada de 0,7 a 3,5 mg/kg/dia, uma a duas vezes ao dia. O esomeprazol é aprovado para uso inclusive em menores de um ano, com efeito sustentado de até 24 horas, e doses sugeridas de 2.5 mg, 5 mg e 10 mg para peso entre 3 e 5 kg, 5 e 7.5 kg e 7,5 e 12 kg, respectivamente. Utilizamos comprimidos dispersíveis ou cápsula, neste último caso, oferecendo os grânulos suspensos em meio ácido (suco de frutas ou iogurte). Não há indicação de formulações líquidas manipuladas.

Tratamento cirúrgico

A funduplicatura atualmente está indicada em situações especiais, como pacientes com DRGE e má resposta à terapêutica clínica otimizada; má aderência ao tratamento medicamentoso; lactentes submetidos à correção de atresia de esôfago com DRGE secundária refratária; pneumonias aspirativas de repetição; e crianças com doenças neurológicas (casos selecionados).

Figura 2 - Lactente regurgitador sem sinais de alerta

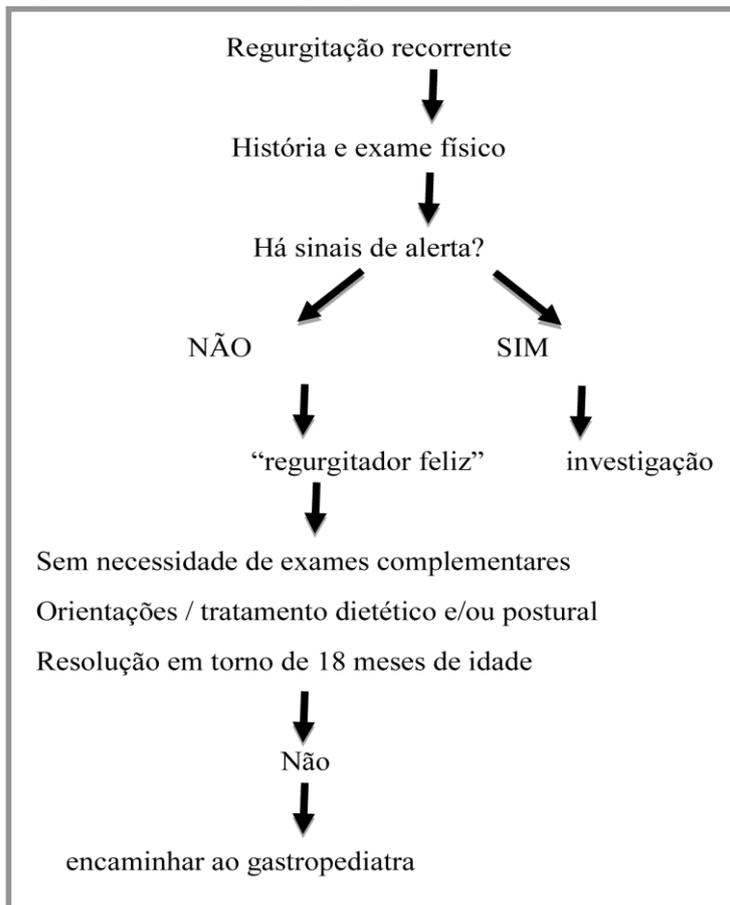
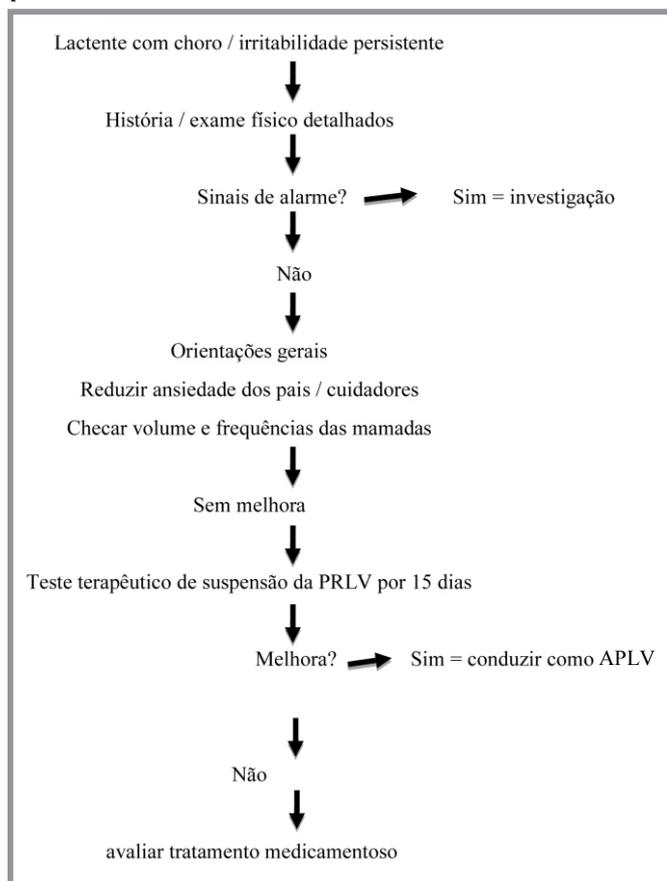
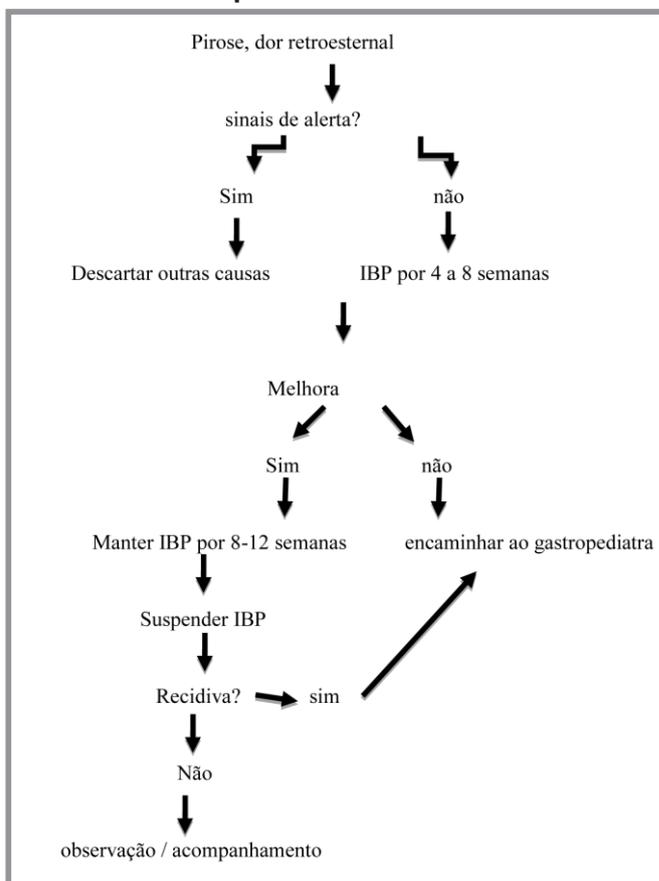


Figura 3 - Lactente com choro / irritabilidade persistente



PRLV- proteína do leite de vaca, APLV: alergia à proteína do leite de vaca.

Figura 4 - Crianças maiores e adolescentes com sintomas típicos de DRGE



IBP- inibidores da bomba de prótons.

REFERÊNCIAS

- 1- Earp J C, Mehrotra N, Peters KE, Fiorentino RP, Griebel D, Lee SC et al. Esomeprazole FDA Approval in Children with GERD: Exposure-Matching and Exposure Response. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017; 65:272-77.
- 2- Mt-Isa S, Tomlin S, Sutcliffe A, et al. Prokinetics prescribing in paediatrics: evidence on cisapride, domperidone, and metoclopramide. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:508-14.
- 3- Orenstein SR: Infant GERD: symptoms, reflux episodes & reflux disease, acid & non-acid reflux--implications for treatment with PPIs. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013, 155: 353-57.
- 4- Pimenta JP, Carvalho SD, Norton RC. Gastroesophageal reflux. *Rev Med Minas Gerais* 2016; 26 (Supl 6): S76-S81.
- 5- Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, DiLorenzo C et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux clinical practice guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66:516-54.
- 6- Singendonk MMJ, Tabbers MM, Benninga MA, Langendam MV. Pediatric Gastroenterology Reflux Disease: systematic review on prognosis and prognostic factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2018; 66:239-43.