DRGE Refratária: 10 principais erros no manejo diagnóstico e terapêutico

Introdução

O termo **“DRGE refratária”** é frequentemente usado de forma incorreta. Muitos pacientes rotulados assim, na verdade, têm apenas **sintomas persistentes ao uso de IBPs** (inibidores de bombas de prótons) sem comprovação de refluxo patológico. Para não cair em armadilhas diagnósticas e terapêuticas, é fundamental conhecer os erros mais comuns no manejo dessa entidade; mas primeiro:

O que significa “refratário” de fato?

De acordo com o Consenso de Lyon 2.0, **DRGE refratária não é simplesmente a persistência de pirose ou regurgitação em uso de IBP**.

O termo deve ser reservado a pacientes que:

- têm **diagnóstico documentado de DRGE** (por endoscopia ou pHmetria/ImpedanciopHmetria esofágica);
- permanecem sintomáticos apesar de **uso correto de IBP em dose dobrada**, administrado 30–60 minutos antes das refeições, por **pelo menos 8 semanas**;
- após confirmação de **aderência adequada** ao tratamento.

 Ou seja: só podemos falar em refratariedade quando existe **prova objetiva de DRGE** e **falha terapêutica verdadeira**.

Dessa forma, esses são os 10 principais erros cometidos durante a propedêuticas desses pacientes:

1. Não avaliar adesão e uso correto dos IBPs

Um dos erros mais básicos. O IBP deve ser tomado **em jejum, 30–60 minutos antes da refeição principal**, para coincidir com a ativação máxima das bombas de prótons.

Quando o paciente toma a medicação após a refeição ou de forma irregular, a supressão ácida é muito menor.
 Estudos mostram que até **40% das falhas terapêuticas** são explicadas apenas por má adesão ou uso incorreto dos IBPs.

2. Não otimizar a dose do IBP

Antes de concluir que o paciente é “refratário”, é necessário tentar **dobrar a dose padrão (variável para cada IBP)** por 8–12 semanas.

A maior parte dos guidelines recomenda esse passo em pacientes com alta probabilidade clínica de DRGE.
 Ignorar essa etapa pode levar a investigações desnecessárias e atrasar a melhora do paciente.

3. Ignorar fatores externos

A persistência dos sintomas pode estar ligada a fatores comportamentais e de estilo de vida, tais como:

- **Obesidade central**, que aumenta a pressão intra-abdominal;
- **Refeições volumosas e noturnas**, que favorecem refluxo;
- **Álcool e tabaco**, que reduzem o tônus do esfíncter;

- Uso de **medicações** como nitratos, antagonistas de cálcio e opioides.

 Sem abordar esses pontos, o tratamento farmacológico isolado raramente é suficiente.

4. Usar o termo “refratário” sem comprovar DRGE

O **Consenso de Lyon 2.0** define critérios objetivos para confirmar DRGE.

- **Critérios endoscópicos conclusivos (após suspender IBP por 2–4 semanas):** esofagite erosiva grau B, C e D, Barrett confirmado por biópsia ou estenose péptica.
- **Monitorização prolongada do refluxo:**
  - Evidência conclusiva: Tempo de exposição ácida (TEA) > 6%
  - Evidência limítrofe: Tempo de exposição ácida (TEA) entre 4 e 6%
  - Evidência adjuvante: >80 episódios de refluxo, Associação refluxo-sintoma ou Impedância basal noturna (MNBI) < 1500 Ω.

 Se esses critérios não estão presentes, não há como falar em refratariedade. O correto é **“sintomas persistentes ao uso de IBPs”**.

5. Tratar sintomas atípicos como se fossem DRGE

Tosse crônica, rouquidão, pigarro e dor torácica isolada têm **baixa probabilidade de serem causados apenas por refluxo**.

 Escalonar IBP nesses casos tende a falhar e o risco é

prolongar tratamento sem benefício. Esses pacientes precisam realizar exame de endoscopia e/ou monitorização prolongada do pH para diagnóstico de certeza de DRGE antes de realizar teste terapêutico com IBPs.

6. Solicitar o exame errado, no momento errado

O erro mais comum é pedir o exame **na situação clínica inadequada**.

- Realizar endoscopia digestiva em vigência de IBP, não permitindo a avaliação de esofagite erosiva;
- E no caso da monitorização prolongado do pH esofágico:
  - **Se o paciente não tem DRGE comprovada:** o correto é realizar **pHmetria ou impedânciopHmetria SEM IBP**, para confirmar o diagnóstico de certeza de DRGE;
  - **Se o paciente já tem DRGE comprovada:** deve-se realizar pHmetria esofágica, ou preferencialmente **impedânciopHmetria COM IBP** para verificar falha de supressão ácida e presença de refluxo não ácido, além da associação de sintomas.

 Fazer o exame “do jeito errado” gera resultados falsamente normais e confunde a conduta.

7. Desconsiderar diagnósticos diferenciais

Nem todo paciente que não melhora com IBP tem refluxo ácido. Alguns diagnósticos frequentes são:

- **Hipersensibilidade ao refluxo** (Consenso de Roma IV): TEA normal, mas associação positiva sintoma-refluxo;
- **Pirose funcional** (Consenso de Roma IV): TEA normal e sem

associação sintoma-refluxo;
- **Distúrbios motores** como acalásia ou espasmo difuso do esôfago;
- **Esofagite eosinofílica**;
- **Ruminação e aerofagia**.

 Reconhecer esses quadros permite direcionar a terapêutica específica para cada situação.

8. Escalar IBP indefinidamente

Trocar repetidamente de marcas ou manter IBP contínuo em doses altas sem revisar o diagnóstico não traz benefício.

 Além de atrasar o manejo adequado, aumenta o risco de efeitos adversos (hipomagnesemia, diarreia, osteopenia em longo prazo).

9. Indicar cirurgia para sintomas refratários e não DRGE refratária

A **fundoplicatura** só deve ser considerada quando há:

- DRGE comprovada por critérios objetivos;
- Exclusão de diagnósticos funcionais que mantenham a persistências dos sintomas
- Avaliação manométrica pré-operatória adequada.
- Ponderando, ainda, resposta aos IBPs, IMC (índice de massa corpórea do paciente), presença de hérnia hiatal, além do sintomas predominantes do paciente

 Operar pacientes com pirose funcional ou hipersensibilidade ao refluxo leva a alta taxa de falha e complicações, como disfagia persistente.

10. Esquecer a abordagem multidisciplinar

Muitos pacientes não precisam de “mais IBP”, mas sim de outros enfoques:

- **Neuromoduladores** para hipersensibilidade;
- **Terapia cognitivo-comportamental**;
- **Fono ou fisioterapia respiratória**;
- **Suporte nutricional** com ajuste da dieta.

 Uma visão multidisciplinar melhora a qualidade de vida e reduz o uso inadequado de medicação.

Mensagem final

A **DRGE refratária verdadeira é menos comum do que parece**. O erro está em rotular cedo demais, sem confirmar adesão, sem exames adequados e sem considerar diagnósticos diferenciais.

 Lembre-se:

- Refratariedade = **DRGE comprovada + falha clínica com IBP otimizado**.
- O **pHmetria/impedanciopHmetria** devem ser usado corretamente: SEM IBP quando DRGE não está comprovada, COM IBP quando já há diagnóstico de certeza e se deseja documentar persistência de refluxo ácido apesar de tratamento otimizado.
- Hipersensibilidade ao refluxo e pirose funcional são diagnósticos diferenciais frequentes e não respondem ao escalonamento de IBP.

Referências

1. Roman S, Savarino E, et al. *Lyon Consensus 2.0:*

advancing the diagnosis of GERD. Gut. 2024.
2. Katz PO, et al. *AGA Clinical Practice Update on the personalized approach to GERD*. Gastroenterology. 2022.

Como citar este artigo

Nobre K. DRGE Refratária: 10 principais erros no manejo diagnóstico e terapêutico Gastropedia 2025 Vol II. Disponível em: https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/drge-refrataria-10-principais-erros-no-manejo-diagnostico-e-terapeutico