Atualizações no diagnóstico de DRGE: Consenso de Lyon 2.0 (2023)

Desde 2018, o consenso de Lyon tornou-se a principal referência para **definição de critérios para diagnóstico de certeza da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)**. Contudo, a ciência está em constante evolução e, portanto, **acaba de ser publicada a versão 2.0** deste consenso, atualizando as recomendações conforme os resultados de estudos dos últimos cinco anos. Caso queira acesso a esta nova versão na íntegra, basta clicar aqui. O Gastropedia, contudo, traz aqui os *highlights* para facilitar sua vida.

Qual a relevância?

A presença de sintomas típicos de DRGE, por vezes, é suficiente para a prescrição de terapia medicamentosa com antissecretores (ex: inibidores de bomba de prótons, bloqueadores ácidos competitivos de potássio). Contudo, **um diagnóstico inquestionável de DRGE é recomendado para investigar sintomas não típicos, avaliar adequadamente pacientes com sintomas refratários, justificar o uso prolongado de medicamentos ou indicar terapia invasiva**.

Quais as principais mudanças?

- Esofagite erosiva **Los Angeles grau B passa a ser evidência conclusiva** para diagnóstico de DRGE, seguindo tendência das publicações dos guidelines de 2022 da AGA (*American Gastroenterological Association*) e da ACG (*American College of Gastroenterology* – clique aqui e veja resumo que publicamos previamente no Gastropedia!);
- Definição de **métricas para usar na pHmetria prolongada**

sem fio;
- Definição de **parâmetros para diagnóstico de DRGE refratária** em exames realizados **em uso de tratamento antissecretor**;
- Reforça que pacientes com **sintomas atípicos isolados** têm uma menor probabilidade de associação com DRGE e que, portanto, devem preferencialmente ser **investigados com endoscopia e monitorização prolongada de refluxo** em detrimento de terapia empírica (você pode ler mais sobre o tema clicando aqui);

Quando eu tenho um diagnóstico de certeza de DRGE?

- Critérios em endoscopia digestiva alta (para maximizar o rendimento diagnóstico, realizar 2 a 4 semanas após suspender terapia antissecretora):
    - Esofagite erosiva graus B, C ou D;
    - Esôfago de Barrett confirmado em biópsia;
    - Estenose esofágica péptica.

- Critérios em exames de monitorização prolongada de refluxo
    - Tempo de exposição ácida total (AET) > 6%
    - > 80 episódios de refluxo
    - Média noturna basal da impedância (MNBI) < 1500 Ω

- Quando há evidências limítrofes ou inconclusivas nos exames de endoscopia e de monitorização prolongada de refluxo apoiadas por evidências adjuvantes.

Devo suspender ou não o IBP para realizar

a pHmetria?

Na maioria das vezes, o exame de monitorização prolongada do refluxo deve ser realizado após a suspensão da terapia antissecretora por pelo menos 7 dias. Contudo, **suspender ou não o IBP irá depender dos exames prévios e do objetivo do exame**, conforme descrito a seguir:

- Exame **SEM terapia antissecretora** por pelo menos 7 dias: Utilizar **quando eu ainda quero confirmar DRGE** (no caso, por exemplo, de investigação em paciente com endoscopia sem esofagite erosiva ou com Los Angeles A);
- Exame **EM terapia antissecretora**: Utilizar quando eu já tenho certeza de que tem DRGE, mas quero investigar porque os sintomas persistem. Neste caso, o uso de impedâncio-pHmetria pode ser superior, uma vez que possibilita a identificação de refluxos não-ácidos ou fracamente ácidos.

A seguir, segue um resumo dos achados que estabelecem evidência conclusivas para DRGE conforme Consenso de Lyon 2.0.

	DRGE sem confirmação prévia Resultados de exames **SEM** uso de tratamento			**DRGE com confirmação prévia** Resultados de exames **EM** uso de tratamento
	Endoscopia	**pH ou Impedâncio-pH**	**Manometria esofágica**	**Endoscopia & Impedâncio-pH**
Evidência **conclusiva** para refluxo patológico	Los Angeles B, C e D Barrett confirmado (biópsia) Estenose péptica	AET > 6% em estudo de 24h OU em ⩾ 2 dias em estudo sem fio		Los Angeles B, C e D Estenose péptica AET > 4% > 80 episódios de refluxo/dia
Evidência **limítrofe** ou **inconclusiva**	Esofagite Los Angeles A	AET 4-6% em estudo de 24h OU em ⩾ 2 dias em estudo sem fio 40-80 episódios de refluxo/dia		Los Angeles A AET 1-4% 40-80 episódios de refluxo/dia MNBI 1500-2500 Ω
Evidência **adjuvante** *	Hérnia de hiato Escores histopatológicos Microscopia eletrônica (DIS)	Associação refluxo-sintomas > 80 episódios de refluxo/dia MNBI < 1500 Ω	Hipotonia da JEG Hérnia de hiato MEI / Ausência de contratilidade	Hérnia de hiato MNBI < 1500 Ω Associação refluxo-sintomas
Evidência **contra** refluxo patológico		AET < 4%** < 40 episódios de refluxo/dia MNBI > 2500 Ω		AET < 1% < 40 episódios de refluxo/dia MNBI > 2500 Ω

* Fatores que aumentam a confiança da presença de refluxo patológico quando a evidência é limítrofe ou inconclusiva
** pHmetria sem fio deve ser <4% em todos os dias / impedâncio-pHmetria deve atender a todos os critérios

AET: Tempo de exposição ácida total
DIS: Dilatação dos espaços intercelulares
MNBI: Média noturna basal da impedância
MEI: Motilidade esofágica ineficaz
JEG: Junção esofagogástrica

GASTROPEDIA
APRENDIZADO DESCOMPLICADO

Figura 1: Definições para diagnóstico de certeza da doença do

refluxo gastroesofágico (DRGE) conforme Consenso de Lyon 2.0. Adaptado de Gyawali CP et al, 2023.

> *Conheça nosso curso **Gastroenterologia do Consultório** e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia*

Referências

1. Gyawali CP, Yadlapati R, Fass R, et al. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0. *Gut.* Epub ahead of print 21 Sep 2023. doi: 10.1136/gutjnl-2023-330616

Como citar este artigo

Lages RB. Atualizações no diagnóstico de DRGE: Consenso de Lyon 2.0 (2023) Gastropedia 2023, vol. 2. Disponível em: gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/esofago/atualizacoes-no-diagnostico-de-drge-consenso-de-lyon-2-0-2023/