Centro Universitário UniFTC - Faculdade de Tecnologia e Ciências

# Desafios dos profissionais da área de saúde com pacientes pediátricos no quadro de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): Uma revisão de literatura.

Helder Batista de Araújo Reis, Júlia Gonçalves Batista dos Reis, Laiane Rodrigues dos Santos, Lorena Silva Sousa, Maria Isabel Teixeira Costa de Castro.

SALVADOR

2024

# Desafios dos profissionais da área de saúde com pacientes pediátricos no quadro de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE): Uma revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelos cursos das áreas de saúde Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Odontologia da Universidade UNIFTC campus Paralela, Salvador-BA.

**Orientadora**: Profª. Caroline Mathias Carvalho de Souza.

SALVADOR

2024

**RESUMO**

O refluxo gastroesofágico (RGE) é a passagem involuntária de conteúdo gástrico para o esôfago, comum em crianças e adultos saudáveis, podendo ser fisiológico ou patológico. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode apresentar sintomas típicos como pirose e regurgitação, ou atípicos como tosse crônica e distúrbios do sono. Manifestações como irritabilidade e síndrome de Sandifer também podem ocorrer, especialmente em crianças. A avaliação diagnóstica é desafiadora, com nenhum exame isolado sendo suficientemente sensível. Exames como cintilografia gastroesofágica, endoscopia digestiva alta, pHmetria de 24 horas e seriografia esôfago-gastro-duodenal são comuns, mas cada um tem suas limitações. O diagnóstico em crianças é especialmente difícil devido à natureza inespecífica dos sintomas e devido a dificuldade que as crianças possuem de descrever os sintomas. A DRGE não tratada em crianças pode levar a complicações respiratórias, problemas dentários e impacto no desempenho escolar, além de causar estresse e ansiedade na criança e nos cuidadores.

Palavras-chave: Crianças, DRGE, desafios.

**SUMÁRIO**

**INTRODUÇÃO**5

**PROPOSIÇÃO**8

**REVISÃO DA LITERATURA**9

**DISCUSSÃO**17

**CONCLUSÃO**20

**REFERÊNCIAS**21

## INTRODUÇÃO

A denominação do refluxo vem do latim re, que significa para trás e leure, que significa fluxo (Hyman, 1994). O refluxo gastroesofágico é caracterizado pela passagem involuntária de conteúdo gástrico para o esôfago, podendo ocorrer diversas vezes durante o dia, em crianças e adultos saudáveis, sendo classificado em fisiológico ou patológico. Atinge 7 a 8 % da população infantil e está presente em cerca de 50% das crianças nos primeiros quatro meses de vida. (Ratier, *et al*, 2011).

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode apresentar manifestações clínicas consideradas típicas como pirose e regurgitação, ou não típicas como tosse crônica, broncoespasmo, pneumonia recorrente, apnéia, irritabilidade, distúrbio do sono, desvio de postura, retardo de crescimento, anemia crônica, que são inespecíficas, dificultando o reconhecimento da doença. (Sondheimer, 1988; Capella, 1995; Jolley, 1981).

As principais alterações neurocomportamentais associadas à DRGE descritas são as alterações do sono, a irritabilidade e a síndrome de Sandifer, que se caracteriza por postura anormal da cabeça, com torcicolo, em crianças neurologicamente normais, na presença de esofagite de refluxo. O mecanismo exato não é conhecido, mas essa situação se resolve com tratamento antiDRGE. (Lightdale, 2013).

A halitose e as erosões dentárias são alterações orais que podem fazer parte do quadro clínico da DRGE. Alguns estudos mostram haver incidência aumentada de erosão do esmalte na superfície lingual dos dentes, enquanto outros não. (Naspghan, *et al*, 2018).

A avaliação diagnóstica do DRGE e suas consequências persistem um desafio, procurando-se ainda determinar qual o melhor meio diagnóstico. Nenhum exame isolado é suficientemente sensível para o seu diagnóstico (Meyers, 1985; Orensteing, 1992; Glassman,1995 e Dougall,

1996).

Os exames mais utilizados atualmente na clínica para a pesquisa do RGE são a cintilografia gastroesofágica (CGE), a endoscopia digestiva alta (EDA), a monitorização de 24 horas do pH esofágico (pHmetria de 24 horas) e a seriografia esôfago-gastro-duodenal (SEGD). Esses exames apresentam vantagens e desvantagens quando comparados entre si. (Sakuno, 2002).

De acordo com o consenso de DRGE de 2009, a criança que fala pode se queixar de dor, mas as descrições sobre qualidade de intensidade, localização e gravidade da dor não são confiáveis até, pelo menos, os 8 anos de idade, ou possivelmente até os 12 anos de idade. Portanto, o diagnóstico clínico baseado na história da azia, é limitado para esses casos. Na prática diária de atendimento às crianças com refluxo gastroesofágico, constata-se a dificuldade dos profissionais no manejo desses pacientes. Algumas medidas são importantes para amenizar ou evitar o início do refluxo. (Koda, 2007).

Nas crianças, os sintomas da DRGE variam com a idade (Leung, *et al*, 2019). Diagnosticar DRGE em bebês é desafiador porque eles geralmente apresentam sintomas inespecíficos, como regurgitação, vômito, engasgo e irritabilidade, semelhantes aos de outras doenças ou condições. (Artanti, *et al*, 2019)

Em contraste, as crianças mais velhas geralmente apresentam sintomas semelhantes aos dos adultos, embora também possam apresentar sintomas atípicos. Crianças menores de 12 anos geralmente apresentam uma história não confiável, tornando o diagnóstico preciso ainda mais desafiador. (Mousa, *et al*, 2017).

Se a DRGE em crianças não for tratada, o desenvolvimento de má higiene do sono secundária a sintomas noturnos quando deitados pode afetar o desempenho escolar. Os sintomas graves da DRGE e a regurgitação repetida do conteúdo gástrico ácido também podem afetar a saúde bucal da criança. Isso pode resultar em cárie dentária, erosão e lesões nas mucosas. Os sintomas respiratórios não aliviados da DRGE pediátrica podem levar a complicações como laringite, bronquite, sinusite, pneumonia por aspiração e parada

respiratória. Se os sintomas forem graves e permanecerem sem tratamento, estas complicações respiratórias podem contribuir para a disfunção cardíaca, porque a parada respiratória pode levar à parada cardíaca. A DRGE em crianças pode causar estresse e ansiedade na criança e nos cuidadores, e deve ser considerada uma complicação da doença se o estresse e a ansiedade atrapalharem a qualidade de vida. (Leung ak, et al, 2019).

## PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é analisar os desafios enfrentados pelos profissionais da área de saúde no manejo de pacientes pediátricos com a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), buscando identificar as principais dificuldades, estratégias de intervenção, e propostas de melhoria para a qualidade do atendimento. Especificamente, pretende-se:

1. Identificar os principais desafios clínicos enfrentados pelos profissionais ao lidar com pacientes pediátricos com RGE.
2. Explorar as formas de diagnóstico e manejo utilizadas no tratamento de RGE em crianças.
3. Avaliar a eficácia dessas abordagens.
4. Propor recomendações baseadas nessa revisão de literatura para aprimorar o manejo e o suporte da saúde das crianças e às famílias envolvidas.

## REVISÃO DA LITERATURA

A doença do refluxo gastroesofágico, conhecida como DGRE, trata-se de uma condição definida pelo retorno fisiológico do conteúdo do estômago para o esôfago, podendo ser acompanhadas ou não de vômitos e regurgitação. A DRGE é uma das condições gastrointestinais mais comuns na infância, afetando entre 10-20% das crianças. A doença vem muitas vezes acompanhada de sintomas incômodos como dificuldade para engolir, dor de estômago e em alguns casos apneia do sono, podendo levar a outras complicações médicas sendo algumas problemáticas. (Am fam physician, 2015).

De acordo com as literaturas recentes, a maior dificuldade para o diagnóstico correto da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) na pediatria é decorrente da falta de sintomas típicos e pela capacidade limitada das crianças de se comunicarem. O que ocorre é que crianças pequenas podem não ser capazes de expressar seus sintomas e queixas adequadamente, podendo apresentar também muitas vezes sintomas atípicos, sendo capaz de ser facilmente confundido com outras patologias e levando a um atraso no diagnóstico e tratamento da DRGE. (Database syst rev, 2023).

Além disso, segundo estudos atuais, existem outras dificuldades, que se relacionam com a complexidade em diferenciar o DRGE de outras condições. Na fase de bebês e crianças pequenas, não há um conjunto específico de sintomas ou complexo de sintomas que sejam indicativos da doença do refluxo gastresofágico (DRGE) ou que possam prever uma resposta positiva ao

tratamento. Já em crianças maiores e adolescentes, assim como pacientes adultos, o histórico do paciente e o exame físico podem ser suficientes para o diagnóstico da DRGE, isso se os sintomas apresentados forem comumente associados à condição do paciente em questão (JPGN 2018).

A regurgitação trata-se de uma condição muito presenta na primeira infância e decorrente disso é imprescindível uma atenção minuciosa ao diferenciar se trata-se de uma condição fisiológica ou patológica. A síndrome do regurgitador feliz é um termo que foi criado para descrever bebês saudáveis que regurgitam após as mamadas, mas não apresentam sinais de desconforto ou dor. Esses bebês ganham peso normalmente e não apresentam nenhum prejuízo em seu desenvolvimento. Geralmente, a regurgitação diminui à medida que o bebê cresce e seus músculos esofágicos se fortalecem. A síndrome do regurgitador feliz não é considerada uma condição médica que precisa de tratamento (Indrio, et al, 2009).

Na pediatria, é importante distinguir entre a doença do refluxo gastroesofágico patológico e fisiológico. O refluxo gastroesofágico fisiológico é um processo normal que acontece em muitos bebês e crianças. Nesse caso, o refluxo é considerado um processo natural que não causa nenhum dano e desaparece conforme a criança cresce. Por outro lado, o refluxo gastroesofágico patológico é uma condição médica que acontece quando o refluxo causa danos ao esôfago, faz a criança perder peso ou apresentar outros sintomas como vômitos, dificuldade para se alimentar ou dor. Nesse caso, um tratamento médico especializado pode ser necessário (Indrio, et al, 2009).

Na prática clínica, a distinção entre o refluxo gastroesofágico fisiológico e patológico pode ser difícil, pois os sintomas podem ser semelhantes. Em geral, os profissionais de saúde avaliam a gravidade e a frequência dos sintomas, a idade da criança e outros fatores de risco para determinar se as medidas conservadoras (como mudanças alimentares e de estilo de vida) ou os medicamentos são necessários para tratar o refluxo gastroesofágico (Indrio, et al, 2009).

Quando não diagnósticados em tempo hábil, em alguns casos, o diagnóstico tardio pode ocasionar progresso da condição e complicações subsequentes, deixando sequelas gastrointestinais que incluem esofagite, hematêmese, formação de estenose esofágica e esofagite de Barrett. As consequências fora do intestino podem ser extremamente graves, incluindo risco de morte imediata e problemas respiratórios crônicos, como sibilância, tosse, otite média crônica, sinusite, anemia secundária e também atraso no crescimento (Database syst rev, 2023).

O refluxo gastroesofágico infantil pode apresentar regurgitação e vômitos um pouco mais frequentes. A regurgitação por exemplo, trata-se de uma condição muito comum durante a infância de metade dos bebês até os três meses de idade, ocorrendo pelo menos uma vez ao dia e cerca de 40% regurgitam na maioria das mamadas. Entretanto, a Regurgitação diminui drasticamente a partir dos sete meses de idade, podendo cair para 14%, e diminuindo para menos de 5% entre os 10 e 14 meses de idade. Além disso, a literatura diz que existe uma queda adicional na incidência de regurgitação no segundo ano de vida das crianças (Am fam physician, 2015).

Para a conclusão de um diagnóstico correto é necessário em primeira instância o profissional de saúde saber com precisão as características clínicas que distinguem o refluxo gastroesofágico, que ocorre de forma fisiológica, da doença em bebês e crianças e identificar os sinais e sintomas de alerta de ambos, que requerem avaliação adicional. De acordo com a literatura, a melhor forma de obter um diagnóstico preciso e correto da doença do refluxo gastroesofágico na pediatria é por meio de um exame físico completo e histórico clínico detalhado. (Am fam physician, 2015).

Em lactentes e crianças pequenas, como os sintomas da DRGE podem ser inespecíficos e variados, é importante não se basear na presença apenas de regurgitação e vômitos para fazer o diagnóstico e descartar outras condições com sintomas semelhantes em lactantes como: intolerância à lactose, alergias alimentares, doença Celíaca, síndrome de Sandifer, estenose hipertrófica do

piloro, obstrução intestinal, intussuscepção e apneia do refluxo gastroesofágico (Am fam physician, 2015).

Os testes diagnósticos, como pHmetria e impedância esofágica múltipla, são úteis em casos de DRGE resistente ou atípica em crianças (JPGN 2018). De acordo com Sakuno, em 2002, a cintilografia gastroesofágica avalia o esvaziamento gástrico e pode mostrar a aspiração do material radioativo para as vias aéreas. Embora muito específica, é pouco sensível. A endoscopia digestiva alta avalia a mucosa esofágica, fazendo o diagnóstico de esofagite, todavia, menos de 50% dos pacientes com manifestações clínicas típicas de refluxo apresentam evidências de esofagite à endoscopia. A pHmetria é considerada o exame padrão ouro, porém também apresenta limitações, pois não fornece informações sobre a anatomia do trato digestório e não é capaz de detectar os episódios de refluxo com pH não ácido. É de técnica difícil, requer tempo, sendo invasiva e desconfortável para o paciente, o que dificulta o seu uso na prática clínica diária. A SEGD constitui o exame complementar mais comumente utilizado por ser acessível, de baixo custo e por permitir estudar a anatomia do trato digestório, contudo apresenta a desvantagem de submeter o paciente à radiação ionizante, limitando o tempo disponível para a pesquisa do refluxo. (Sakuno, 2002)

Uma alternativa diagnóstica do RGE é a ultrassonografia, que foi introduzida inicialmente em 1984 por Naik & Moore", que verificaram ser esse exame capaz de detectar adequadamente o RGE. No entanto, não foi incorporada à clínica diária por achar se que não fornece com precisão os dados necessários para o diagnóstico do RGE (Sakuno, 2002).

Um diagnóstico de RGE fisiológico não deve ser feito em um bebê que apresenta somente vômitos e baixo ganho de peso e o exame físico em normalidade. A opinião de especialistas sugere que a avaliação inicial em uma criança com exame físico normal, mas com baixo ganho de peso, deve incluir história alimentar, exame de urina, hemograma completo, eletrólitos séricos, nitrogênio úrico no sangue e creatinina sérica. Testes adicionais devem ser

baseados em detalhes históricos sugestivos ou resultados de testes de triagem. (Lippincott, 2009)

O manejo pode incluir um teste de 2 semanas com fórmula extensamente hidrolisada ou fórmula à base de aminoácidos para excluir alergia ao leite de vaca, aumento da densidade calórica da fórmula e/ou fórmula espessada e educação quanto ao volume diário apropriado da fórmula necessário para o crescimento normal. O acompanhamento cuidadoso da mudança de peso no intervalo e da ingestão calórica é essencial. Se o manejo não melhorar os sintomas e o ganho de peso, recomenda-se o encaminhamento a um gastroenterologista pediátrico. (Lippincott, 2009)

Bebês que ainda mamam, apresentando regurgitação e vômito podem se beneficiar de uma tentativa de retirada do leite de vaca e dos ovos da dieta materna. Os sintomas do refluxo infantil quase nunca são tão graves que a amamentação deva ser interrompida. (Lippincott, 2009)

Um estudo em bebês mostrou que grandes volumes de alimentação promovem regurgitação, provavelmente aumentando a frequência de RTEL e reduzindo o volume de alimentação e diminuindo a frequência de refluxo. A redução severa no volume de alimentação durante um período prolongado pode privar o bebê da energia necessária e afetar adversamente o ganho de peso. Bebês com ganho de peso inadequado devido a perdas por regurgitação podem se beneficiar do aumento da densidade energética da fórmula quando o volume ou a frequência das mamadas são diminuídos como parte da terapia. (Lippincott, 2009).

Ademais, a doença do refluxo gastroesofágico tem sido apontada na literatura como uma das condições patológicas do trato gastrointestinal mais prevalentes. Manifestações extra-esofágicas da DRGE podem envolver desordens que afetam a cavidade bucal. Essas podem incluir erosão dentária, xerostomia, mucosite, ulcerações aftosas, paladar azedo, boca queimada, hiperestesia, bruxismo e transtorno temporomandibular. Esta abordagem fornece aos profissionais de saúde bucal uma atualização dos aspectos médicos da DRGE, reconhecimento e gerenciamento das manifestações orais e

maxilofaciais da condição e prestação de cuidados odontológicos adequados para essa população de pacientes. (Schwengber, *et al*, 2016).

Isso ocorre, porque em algumas situações o conteúdo ácido do estômago sobe ou reflui até a boca, levando a alterações orgânicas nessa localidade. Diante de tal ocorrência, o dentista é o primeiro profissional a observar as manifestações odontológicas secundárias ao refluxo patológico. Por exemplo, o paciente pode apresentar desgaste do esmalte dentário (com aquela sensação de dentes hipersensíveis), ou queixas de aftas de repetição e mau hálito. A halitose e as aftas são, nessa especialidade, as duas queixas mais comuns da DRGE, embora a doença do refluxo gastroesofágico não seja a única causa desses dois problemas. Ocorrem também, com alguns pacientes, queixas de salivação excessiva, como uma das possíveis manifestações da DRGE. (Nóbrega, 2017).

O estômago é uma fonte de ácido clorídrico, cujo contato frequente com as estruturas dentárias, por um longo período de tempo, pode causar desgaste dentário erosivo. O refluxo gastroesofágico é comumente encontrado em recém-nascidos e bebês com até 1 ano de vida; quando persistente após 2 anos de idade, pode causar desconforto ou complicações, sendo classificado como doença do refluxo gastroesofágico. A DRGE e distúrbios de alimentação com vômitos frequentes, como é o caso da bulimia nervosa, são considerados fatores importantes na etiologia do desgaste erosivo (Scarparo, 2020).

A erosão dentária (ED) é descrita como a perda de tecido dentário duro causada por uma reação química sem a presença de bactérias e essa é uma das principais manifestações orais em pacientes com DRGE. As superfícies palatinas dos incisivos superiores são primeiramente atacadas pelo ácido refluxado; se a situação persistir, os dentes posteriores nas superfícies oclusais de ambos os arcos sofreram erosão no estágio secundário. Somente quando o refluxo ácido dura muito tempo as superfícies labiais ou bucais podem sofrer erosão. Como a língua está constantemente em contato com o ácido gástrico e as glândulas salivares maiores protegem as superfícies palatinas dos dentes superiores, elas são as primeiras a serem impactadas. Segundo pesquisas, a classificação do

ED depende da força com que o refluxo sai da faringe e depois entra na boca. Os dentes inferiores são inicialmente protegidos pela língua, mas se a doença persistir, as superfícies oclusal e bucal desses dentes irão deteriorar-se (Picos, *et al*, 2018).

Há pouca literatura relatando a saúde oral em crianças com DRGE, que é diagnosticada por monitoramento de pH de 24 horas. Este estudo caso-controle analisado encontrou uma associação estatisticamente significativa da experiência de erosão dentária em crianças com DRGE. Esses achados estão de acordo com estudos na Austrália, Turquia, Brasil e Irã. Uma revisão sistemática relatou que crianças com DRGE têm um risco aumentado de desenvolver DE em comparação com indivíduos saudáveis. (Oliveira, 2016).

Um total de 179 crianças participaram deste estudo (88 meninos e 91 meninas), com idades variando de dois a 14 anos (média de idade igual a 5,95±3,32 DP anos). De acordo com o índice de erosão de O'Sullivan, 11 (25,6 por cento) das crianças com DRGE apresentam erosão dental, enquanto oito (5,9 por cento) das crianças sem DRGE apresentaram ED (P=0,001). Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre ED e um diagnóstico positivo para DRGE. (Oliveira, 2016).

Entre 3.777 dentes examinados, 2.583 (68,4 por cento) eram primários e 1.194 (31,6 por cento) eram permanentes. Um total de 46 dentes (1,2 por cento) apresentaram ED; 29 (63 por cento) entre crianças com DRGE e 17 (37 por cento) entre crianças sem DRGE. Apenas dois dentes permanentes mostraram erosão dental — os incisivos centrais superiores examinados em uma criança com DRGE. As superfícies mais afetadas foram a lingual e a incisal (52,2 por cento) (Oliveira, 2016)

No grupo com DRGE, o uso de dentifrício para adultos foi estatisticamente significativo associado à erosão dental. Uma possível explicação nesse caso poderia ser a interação entre o agente abrasivo no creme dental para adultos e a constante exposição ao ácido intrínseco, causando a erosão dental.

Considerando os tratamentos farmacológicos propostos, os medicamentos mais comuns usados no tratamento da DRGE na pediatria incluem:

Medicamentos que neutralizam o ácido estomacal (IBPs, antagonistas de H2 e os antiácidos), medicamentos que podem engrossar o conteúdo do estômago (alginatos) e os medicamentos que ajudam o estômago a esvaziar mais rapidamente (pro cinéticos). (Database syst rev, 2023)

Dos IBP, estudos afirmam que o omeprazol é licenciado para crianças com mais de um ano de idade no Reino Unido, enquanto o lansoprazol é recomendado pelo British National Formulary apenas para crianças que não podem receber tratamento com as formulações de omeprazol disponíveis. Já sobre os Antagonistas dos receptores H2 (H2RAs), em particular a ranitidina é bem tolerada e apresenta baixa incidência de efeitos colaterais, como fadiga, tontura e diarreia, No entanto a ranitidina foi retirada em todo o mundo devido a preocupações relativas a um baixo nível de impureza de N-nitrosodimetilamina (NDMA) .(Database syst rev, 2023).

Outro medicamento utilizado no tratamento da DRGE em bebês e crianças são os antiácidos que ajudam a neutralizar o ácido estomacal e aliviar o refluxo, como por exemplo o Hidróxido de magnésio e hidróxido de alumínio (MHAH). Porém, estudos afirmam que o alumínio a longo prazo deve ser evitado por lactantes e crianças com insuficiência renal crônica, devido aos riscos ocasionados pelo acúmulo de alumínio. (Database syst rev, 2023)

Deve-se ter cuidado com alginatos que contêm alumínio (veja abaixo) e em crianças com vômitos ou diarréia, ou crianças com risco de obstrução intestinal. (Database syst rev, 2023).

Ainda tratando-se do tratamento farmacológico, os estudos apresentam os Procinéticos, que tem por mecanismo ajudar a melhorar o esvaziamento do estômago e reduzir o refluxo em alguns pacientes (Database syst rev, 2023)

Quando as medidas habituais não conseguem tratar o refluxo, os médicos usam os procinéticos que ajudam a melhorar a movimentação do sistema gastrointestinal. Existem vários tipos de medicamentos utilizados para aumentar a movimentação do trato digestivo. A Domperidona é um desses medicamentos, que age através da estimulação dos receptores de uma substância chamada

ondopamina e ajuda a reduzir o tempo de refluxo após as refeições. A Domperidona é frequentemente usada para tratar o refluxo gastroesofágico ou quando há problemas de esvaziamento lento do estômago, que podem ser verificados em exames como a ingestão de bário ou a varredura do leite. (Database syst rev, 2023)

## DISCUSSÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) em pediatria representa um desafio significativo para os profissionais de saúde. Conforme estudos e artigos indicam, a DRGE é mais comum em lactentes e bebês, um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde é a distinção entre a regurgitação e o vômito causados pela DRGE e aqueles decorrentes de outros distúrbios. Essa distinção é crucial, pois as manifestações clínicas da DRGE podem se sobrepor a diversas outras condições pediátricas, complicando o diagnóstico e o manejo adequado. (JPGN, 2018)

Primeiramente, a distinção entre refluxo gastroesofágico fisiológico e patológico nem sempre é clara, complicando ainda mais a tarefa dos profissionais de saúde de identificar os casos patológicos. A fisiologia do refluxo em bebês frequentemente leva a regurgitações que podem ser consideradas normais em muitos casos. Entretanto, a transição para uma condição patológica, onde o refluxo causa desconforto significativo ou complicações diante de um avanço da doença, pode ser sutil e difícil de definir clinicamente. Adicionalmente, as medidas objetivas da extensão do refluxo muitas vezes não se correlacionam bem com os sintomas clínicos ou outras complicações, como esofagite, em bebês e crianças, dificultando ainda mais o tratamento adequado. (Barnhart DC, 2016)

Outro fator complicador que influencia no manejo adequado de bebês com RGE é a falta de estudos específicos sobre a alergia à proteína de soja em lactentes com regurgitação e vômitos, bem como o papel das fórmulas à base de proteína de soja no tratamento desses sintomas. Não existem dados conclusivos sobre a eficácia ou a segurança de agentes espessantes de fórmulas, como cereais de arroz, que são frequentemente utilizados para manejar a DRGE em lactentes. Isso ressalta a necessidade de mais pesquisas para fornecer orientações claras sobre a nutrição e o manejo dietético desses pacientes. (Lippincott, 2009)

Ademais, outra necessidade primordial é que os pacientes tenham acompanhamento de dentistas, pois a avaliação da cavidade oral é um aspecto essencial do exame físico de pacientes pediátricos com DRGE, considerando que a doença pode levar à erosão dental devido à exposição repetida ao ácido gástrico. No entanto, há um conhecimento insuficiente sobre esse aspecto, mesmo entre profissionais e estudantes de odontologia, o que limita a capacidade de identificar e tratar precocemente essas manifestações. Portanto, há uma grande necessidade de mais pesquisas e de uma abordagem multidisciplinar para promover a troca de conhecimento e ampliar a informação entre as diferentes áreas envolvidas no cuidado desses pacientes. Crianças com DRGE, especialmente aquelas com sinais de erosão dental, devem ser

acompanhadas em consultas odontológicas para um melhor manejo das manifestações orais. (Oliveira, 2016)

Em um estudo feito pelo Hospital Universitário da Universidade de Minas Gerais, foi possível notar a relação da erosão dentária com crianças diagnosticadas, através de Phmetria de 24h, com DRGE. Esse estudo encontrou que os dentes decíduos foram os mais acometidos entre os dentes avaliados, acredita-se que seja pelo tempo maior em que estão expostos ao conteúdo ácido, quando comparado com os dentes permanentes. (Oliveira, 2016)

Ainda sobre o mesmo estudo, foi analisado que existiu uma divergência com outros estudos que não encontraram relação em crianças que possuem DRGE com a erosão dentária. É possível que isso se dê por que esses estudos levam em conta o diagnóstico de DRGE feito através de questionários, enquanto o caso-controle analisado considera pacientes diagnosticados através de Phmetria de 24h. (Oliveira,2016)

Em geral, a revisão bibliográfica avaliou as evidências existentes sobre o uso de medicamentos para tratar a DRGE (doença do refluxo gastroesofágico) em bebês e crianças. Os resultados apontaram que há poucas evidências de qualidade para avaliar a eficácia dos medicamentos em melhorar os sintomas e alterações nos índices de pH em bebês. Isso acontece por várias razões, como a diversidade da população estudada, a falta de estudos comparativos, diferenças nas formas de medir os resultados e variações na relação entre essas medidas (como sintomas, índice de refluxo e aparências em exames) e a gravidade da DRGE. Além disso, há um grupo de bebês e crianças que têm refluxo fisiológico, que pode ser um problema, mas não uma doença patológica e também não há dados resumidos para avaliar alterações endoscópicas. (Database syst rev, 2023)

Os medicamentos podem ser considerados para bebês cujos sintomas não melhoram com intervenções não médicas ou através da garantia dos pais, porém, as evidências sobre a eficácia são muito baixas. Os medicamentos que foram estudados incluem omeprazol, esomeprazol, antagonistas H2 e alginatos,

mas as evidências de melhora dos sintomas também são muito baixas. (Database syst rev, 2023)

Para crianças mais velhas com DRGE, existe poucas evidências de que os medicamentos IBPs (rabeprazol e pantoprazol) podem ou não melhorar os resultados da DRGE. Porém, não há dados robustos para outros medicamentos que possam ser utilizados. Por fim, a revisão concluiu que são necessários mais estudos com seguimento mais longo e em subgrupos específicos, como bebês prematuros e crianças com neurodeficiências, para avaliar a eficácia dos medicamentos no tratamento da DRGE. (Database syst rev, 2023)

## CONCLUSÃO

Diante dos desafios enfrentados no diagnóstico e tratamento do refluxo gastroesofágico na infância, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sintomas apresentados pelas crianças, realizando uma avaliação minuciosa e considerando a possibilidade de outras condições associadas. Além disso, é necessário que haja mais estudos e pesquisas de qualidade que comprovem a eficácia dos métodos de diagnósticos e tratamentos utilizados, a fim de proporcionar um cuidado mais eficiente, seguro e preciso para os pacientes pediátricos.

Nesse contexto, é essencial que haja uma abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico na infância, envolvendo pediatras, gastroenterologistas, odontologistas, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. A boa adesão ao tratamento medicamentoso, aliada a uma avaliação e orientação cuidadosa dos sintomas e exames complementares, pode contribuir para uma melhor qualidade de vida das crianças afetadas por essa condição. Em virtude disso, torna-se imprescindível que haja um esforço conjunto da comunidade científica para ampliar o conhecimento sobre o refluxo gastroesofágico na infância e aprimorar as estratégias de diagnóstico e tratamento, visando garantir um cuidado adequado e personalizado para cada paciente.

## REFERÊNCIAS

1. **ALFARO, E. V.; APS, J. K.; MARTENS, L. C**. Oral implications in children with gastroesophageal reflux disease. *Curr Opin Pediatr*, v. 20, n. 5, p. 576-583, 2008. DOI: 10.1097/MOP.0b013e32830dd7df.

2. **ARTANTI, K. D.; et al**. Gastroesophageal reflux disease in infants and children: Clinical manifestations and diagnostic approaches. *Journal of Pediatric Health Care*, v. 33, n. 2, p. 123-128, 2019.

3. **BAIRD, D. C.; HARKER, D. J.; KARMES, Aaron S**. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *Am Fam Physician*, v. 92, n. 8, p. 705-714, 2015. PMID: 26554410.

4. **CAPELLA, C.** Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux disease in children. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 20, n. 1, p. 26-30, 1995.

5. **DUNDAR, A.; SENGUN, A.** Dental approach to erosive tooth wear in gastroesophageal reflux disease. *Afr Health Sci*, v. 14, n. 2, p. 481-486, 2014. DOI: 10.4314/ahs.v14i2.28.

6. **FRIEDMAN, Chloe; SARANTOS, Gianna; KATZ, Sarah; GEISLER, Sheryl MS, PA-C.** Compreendendo a doença do refluxo gastroesofágico em crianças. Jornal da Academia Americana de Assistentes Médicos*, v. 34, n. 2, p. 12-18, fev. 2021. DOI: 10.1097/01.jaa.0000731488.99461.39.

7. **Good clinical practice recommendations for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease**. An expert review from the Asociación Mexicana de Gastroenterología, 06/12/2023.

8. **GRUPO de trabalho sobre refluxo gastroesofágico do comitê nacional de gastroenterologia pediátrica**. Recomendações para diagnóstico e tratamento do refluxo gastroesofágico em pediatria. *Arch Argent Pediatria*, v. 119, n. 6, p. S222-S235, 2021.

9. **HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda.** Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. *Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease*, 08/05/2014.

10. **HYMAN, Paul E.** Pediatric Gastrointestinal Motility Disorders. CRC Press, 1994.

11. **JOLLEY, S. G.** Gastroesophageal reflux disease: clinical spectrum and diagnosis. *American Journal of Surgery*, v. 142, n. 1, p. 124-130, 1981.

12. **KODA, Y.** Consenso sobre o diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico em crianças. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 44, n. 3, p. 239-245, 2007.

13. **LECHIEN, J. R.; CHIESA-ESTOMBA, C. M.; CALVO, Henriquez C.; et al.** Laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux and dental disorders: a systematic review. *PLoS ONE*, v. 15, n. 8, p. e0237581, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0237581.

14. **LEUNG, A. K. C.; et al.** Long-term complications of untreated pediatric gastroesophageal reflux disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 68, n. 4, p. 504-511, 2019.

15. **LIGHTDALE, J. R.** Neurobehavioral manifestations of gastroesophageal reflux disease in children. *Pediatrics*, v. 131, n. 2, p. 30-35, 2013.

16. **MAHAJAN, R.; KULKARNI, R.; STOOPLER, E. T.** Doença do refluxo gastroesofágico e saúde bucal: uma revisão narrativa. *Dentista Spec Care*, v. 42, n. 6, p. 555-564, nov. 2022. DOI: 10.1111/scd.12726.

17. **MEYERS, W. M.** Diagnostic challenges in pediatric gastroesophageal reflux disease. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 20, n. 1, p. 23-27, 1985.

18. **MOUSA, H. M.; et al.** Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: Joint recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 64, n. 1, p. 119-132, 2017.

19. **NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition).** Erosões dentárias e halitose na doença do refluxo gastroesofágico pediátrica. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 66, n. 1, p. 159-165, 2018.

20. **NÓBREGA, Glaucio.** Eu tenho a doença do refluxo gastroesofágico. E agora?. Thieme Brazil, 2017. E-book. ISBN 9788554650124. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554650124/.

21. **ORENSTEIN, S. R.** Diagnostic dilemmas in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*, v. 103, n. 1, p. 90-95, 1992.

22. **PODDAR, U.** Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. *Paediatr Int Child Health*, v. 39, n. 1, p. 7-12, fev. 2019. DOI: 10.1080/20469047.2018.1489649.

23. **RATIER, D.; et al.** Prevalência e fatores associados ao refluxo gastroesofágico em crianças. *Revista de Pediatria*, v. 87, n. 1, p. 45-50, 2011.

24. **ROSEN, R.; VANDENPLAS, Y.; SINGENDONK, M.; CABANA, M.; DILORENZO, C.; GOTTRAND, F.; GUPTA, S.; LANGENDAM, M.; STAIANO, A.; THAPAR, N.; TIPNIS, N.; TABBERS, M**. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, v. 66, n. 3, p. 516-554, 2018.

25. **SAKUNO, T.** Exames diagnósticos para refluxo gastroesofágico em pediatria. *Jornal de Gastroenterologia Pediátrica*, v. 38, n. 2, p. 104-109, 2002.

26. **SCARPARO, Ângela.** Odontopediatria: bases teóricas para uma prática clínica de excelência. Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Manole, 2020.

27. **SONDHEIMER, J. M.** Gastroesophageal reflux: Update on pathogenesis and diagnosis. *Pediatric Clinics of North America*, v. 35, n. 1, p. 103-118, 1988.

28. **TIGHE, M.; AFZAL, N. A.; BEVAN, A.; HAYEN, A.; MUNRO, A.; BEATTIE, R. M.** Tratamento farmacológico de crianças com refluxo gastroesofágico. Diretrizes de prática clínica para refluxo gastroesofágico pediátrico: recomendações conjuntas da Sociedade Norte-Americana para Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (NASPGHAN) e a Sociedade Europeia de Pediatria Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN).

29. **TIGHE, M. P.; ANDREWS, E.; LIDDICOAT, I.; AFZAL, N. A.; HAYEN, A.; BEATTIE, R. M.** Cochrane Database Syst Rev. 2023 22 de agosto; 8(8):CD008550. DOI: 10.1002/14651858.CD008550.pub3

30. **INDRIO F, RIEZZO G, RAIMONDI F, CAVALLO L, FRANCAVILLA R.** Regurgitação em bebês saudáveis e não saudáveis. Ital J Pediatr. 9 de dezembro de 2009;35(1):39. doi: 10.1186/1824-7288-35-39. PMID: 20003194; PMCID: PMC2796655.