

# Refluxo gastroesofágico com epigastralgia persistente. Relato de caso\*

## Gastroesophageal reflux with persistent epigastric pain. Case report

Juliana Amargós Defacio<sup>1</sup>

\* Recebido da Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) acomete frequentemente pacientes acima de 40 anos, é uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago ou órgãos adjacentes, levando a sinais esofágicos e extraesofágicos associados ou não a lesões teciduais. Os sintomas mais comuns são pirose, regurgitação, queimação retroesternal com irradiação para a garganta e ou epigástrico; porém podem ocorrer manifestações atípicas como: asma, bronquite, tosse, pneumonia de repetição, rouquidão, sinusite, laringite, otalgia crônicas, halitose, desgaste do esmalte dentário e sensação de nó na garganta. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de paciente com epigastralgia e sensação de nó na garganta persistente, após a correção cirúrgica da hérnia de hiato e o uso de medicamentos, porém com melhora do quadro clínico com o uso amitriptilina e psicoterapia.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 27 anos, solteiro, reside com a mãe e relata sintomas típicos e atípicos da DRGE, com exames diagnósticos normais, sem melhora, com intensidade 10 da dor pela escala visual numérica mesmo com medidas preventivas, tratamento cirúrgico e tratamento clínico com famotidina, tramadol e domperidona. A conduta da equipe de controle da dor foi continuar com as medidas preventivas e o tratamento medicamentoso, introduzir codeína, amitriptilina e psicoterapia, pois foi identificado um quadro de conflito com a mãe.

**CONCLUSÃO:** O paciente apresentou melhora significativa da dor com o uso de amitriptilina, o que concorda com a literatura, pois ocorre melhora em 30% dos pacien-

tes com o uso de antidepressivo tipo amitriptilina, em associação com medicamentos específicos usados no refluxo gastroesofágico como a domperidona e omeprazol.

**Descritores:** Amitriptilina, pirose, psicoterapia, refluxo gastroesofágico.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Gastroesophageal reflux disease is common in patients above 40 years of age. It is a chronic affection caused by retrograde flow of gastroduodenal content to the esophagus or adjacent organs, leading to esophageal and extra-esophageal signs, associated or not to tissue injuries. Most common symptoms are pyrosis, regurgitation, retrosternal burning with irradiation to throat and/or epigastrium; however there may be atypical manifestations, such as asthma, bronchitis, cough, repetition pneumonia, hoarseness, sinusitis, laryngitis, chronic earache, halitosis, teeth enamel wear and sensation of knot in throat. This study aimed at reporting the case of a patient with epigastralgia and persistent sensation of knot in throat after surgical hiatal hernia correction and use of drugs, however with improvement of symptoms with amitriptyline and psychotherapy.

**CASE REPORT:** Male patient, 27 years old, single and living with his mother, reporting typical and atypical GERD symptoms, with normal diagnostic tests, without improvement and with pain intensity 10 according to numerical visual scale even with preventive measures, surgical treatment and clinical treatment with famotidine, tramadol and domperidone. Pain control team approach was to maintain preventive measures and drug treatment, to introduce codeine and amitriptyline and psychotherapy because a conflict with his mother was identified.

**CONCLUSION:** Patient had significant pain improvement with amitriptyline, which is in agreement with the literature because there is 30% improvement of patients with the use of amitriptyline-type antidepressants, associated to specific drugs used for gastroesophageal reflux, such as domperidone and omeprazol.

1. Anestesiologista e Médica Assistente da Equipe de Controle de Dor da Divisão de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:  
Dra. Juliana Amargós Defacio  
Rua Evangelista Rodrigues, 419  
05463-000 São Paulo, SP.  
Fone: (11) 9282-5263  
E-mail jad\_@ig.com.br

**Keywords:** Amitriptyline, gastroesophageal reflux, pyrosis, psychotherapy.

## INTRODUÇÃO

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é a afecção mais comum do tubo digestivo, é crônica e decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para esôfago e/ou órgãos adjacentes levando a sintomas e sinais do órgão afetado associado ou não à lesões teciduais<sup>1,4</sup>.

O diagnóstico é realizado através da anamnese e exames subsidiários como: endoscopia, exames radiológicos contrastados do esôfago, cintilografia, manometria, pHmetria de 24h, teste terapêutico. Sua evolução pode aumentar o risco de levar a ulcerações, sangramentos, estenoses, esôfago de Barret e adenocarcinoma do esôfago<sup>1</sup>.

As manifestações podem ser típicas, tais como: pirose podendo se irradiar para o epigástrico e regurgitação ácida; alarme: disfagia, odinofagia, anemia devido à hemorragia digestiva, náuseas e vômitos, com piora noturna e atípicas como: dor torácica sem evidência de doença coronariana, *globus histéricus* (sensação de “nó” na garganta), asma, tosse, hemoptise, bronquite, bronquiectasia, pneumonia de repetição, rouquidão, pigarro, laringite posterior crônica, sinusite crônica, otalgia, desgaste do esmalte dentário, halitose, aftas. Pode haver doenças associadas do colágeno, espasmo difuso, esôfago em quebra-nozes<sup>1,4</sup>.

Na dor torácica não cardíaca, 50% dos pacientes têm associado distúrbio psiquiátrico, síndrome do pânico, depressão e ansiedade<sup>1,3</sup>.

Nas manifestações respiratórias está associada ao ácido clorídrico no esôfago levando à reflexo vagal (reflexo esôfago-brônquico) e microaspirações ocorrendo pneumonias de repetição<sup>1,3</sup>.

O tratamento consiste em<sup>1,4</sup>:

- Elevação da cabeceira da cama;
- Moderar a ingestão de alimentos gordurosos, cítricos, café, bebida alcoólica, bebida gasosa, menta, hortelã, produtos a base de tomate, chocolate;
- Cuidado com o uso de colinérgicos, teofilina, bloqueadores de canal de cálcio e alendronato;
- Evitar de se deitar nas duas horas posteriores às refeições;
- Evitar refeições copiosas, suspensão do fumo;
- Redução do peso em obesos.

**Medicamentos**<sup>1,4</sup>:

- Antiácidos ou alcalinos (hidróxido de alumínio, hidróxido de magnésio);
- Bloqueadores dos receptores H<sub>2</sub> da histamina (cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina);
- Inibidores de bomba protônica (omeprazol, lanso-

prazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol);

- Prócinéticos (cisaprida, domperidona, metoclopramida).

Tratamento cirúrgico: cirurgia anti-refluxo convencional ou laparoscópica, ambas são fundoplicadura, ambas as técnicas são equivalentes no desaparecimento dos sintomas. São indicados quando o paciente não responde ao tratamento clínico, nos quais necessitam manutenção com inibidores de bomba protônica, sem condições de custear gastos<sup>1</sup>.

Para a gastralgia não existe protocolo, o mais comumente usado é escopolamina com dipirona raramente sendo necessário opioides fracos como codeína e tramadol, sendo evitados os anti-inflamatórios devido a possibilidade de piora dos sintomas gástricos devido a inibição de prostaglandinas e da COX 1 e 2.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 27 anos, natural da Bahia, solteiro, reside com a mãe em São Paulo. Relata sintomas típicos e atípicos de DRGE, com pirose, manifestações de dor torácica não cardíaca, às vezes com sensação de *globus histéricus*, gastralgia, sem melhora com medidas preventivas e tratamento clínico. Foi submetido à fundoplicadura em 2008, porém sem obter melhora.

Os exames diagnósticos de endoscopia, tempo de esvaziamento gástrico e pesquisa de refluxo gástrico, deglütograma se mostraram normais, sem refluxo, bom esvaziamento gástrico, dinâmica de deglütuição preservada, fundoplicadura gástrica sem evidências de migração.

Devido à gastralgia persistente foi encaminhado ao ambulatório da equipe de controle da dor. O paciente fazia tratamento medicamentoso instituído pelos médicos cirurgiões do aparelho digestivo com o uso de 40 mg de famotidina a cada 12h, 100 mg de tramadol a cada 6h, 10 mg de domperidona a cada 8h, sem melhora da dor. Esta se apresentava em queimação e azia, e chegava a ter um nó na garganta. A intensidade da dor pela escala visual numérica (EVN) era 10 com ou sem uso de medicamentos. Relatava que os médicos não se importavam com o seu caso. Apresentava grande ansiedade em relação à sua doença, e se expressava verbalmente e com gestos. Havia alteração de sono, com dificuldade para dormir. Relatava dificuldade para trabalhar devido a doença. Sem alterações significativas no abdômen. Não apresentava outras comorbidades. A conduta foi continuar com as medidas preventivas e tratamento medicamentoso já instituídos (famotidina e domperidona), sendo introduzidos 30 mg de codeína a cada 6h, 1 comprimido de escopolamina associada à dipirona a cada 6h e 25 mg de amitriptilina à noite.

No retorno não mencionava melhora, porém afirmou não ter feito uso dos medicamentos, continuando com grau de

depressão e pessimismo em relação aos médicos e à sua doença. A conduta terapêutica foi mantida, sendo encaminhado ao setor de Psicologia. Compareceu ao serviço, porém sempre questionando a real necessidade de se submeter ao tratamento psicológico.

Ao exame psicológico foi identificado um quadro de conflito com a mãe e uma não aderência aos tratamentos. Apesar de questionar a necessidade de psicoterapia em todas as consultas, seguiu em tratamento e comparecendo semanalmente as consultas psicológicas. Na consulta seguinte com a equipe de controle da dor o paciente estava mais aberto ao diálogo e aderência ao tratamento, O tratamento foi alterado e a nova conduta foi 60 mg de codeína beladonada a cada 6h, 25 mg de amitriptilina à noite, e manutenção do tratamento clínico com a equipe da Gastroenterologia clínica, além das medidas preventivas. O paciente retornou com acentuada diminuição da dor, EVN= 4, com melhora da qualidade do sono e de vida, sendo mantida a conduta.

## DISCUSSÃO

Este tipo de distúrbio atípico gastroesofágico tem se apresentado em maior frequência, levando os pacientes a serem denominados “poli-queixosos” devido aos vários exames normais, bem como inúmeras consultas a diversos médicos, porém deve-se lembrar que não só existe a dor nociceptiva, porém também a dor neuropática<sup>6</sup>.

Este tipo de paciente apresenta dor de origem neuropática, geralmente em queimação contínua com episódios de piora, com irradiação à distância, muitas vezes devido à inervação. Após seguir o tratamento corretamente, o paciente apresentou melhora significativa da dor com o uso de amitriptilina (25 mg/dia), corroborando com a literatura, pois ocorre melhora em 30% dos pacientes com o uso de antidepressivo tipo amitriptilina em associação com medicamentos específicos usados no refluxo gastroesofágico como a domperidona e omeprazol<sup>1,5</sup>.

A dor neuropática ocorre por disfunção na modulação do receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA). A estrutura do corno posterior da medula (CPME) é afetada na lesão de aferentes periféricos. Ocorrem desorganizações sinápticas e ampliação da distribuição espacial das terminações aferentes dos locais de aferência, com brotamento do tipo A-B e alodínia. Unidades que só reagem a estímulos nociceptivos reagem a estímulos de menor intensidade. Existe uma redução na expressão dos receptores opioides no axônio e receptores no gânglio sensitivo. Ocorre aumento GCRP e da substância P no gânglio sensitivo e no CPME. Além de aumento da atividade do glutamato nos receptores NMDA, ocorre diminuição do neurotrans-

missor inibidor do corno dorsal GABA com consequente aumento do cálcio intracelular, que por sua vez estimula mecanismos sensibilizadores<sup>5</sup>.

Sensibilização central ocorre devido a potenciais de ação repetitivos de fibras amielínicas tipo C, que levam à somação temporal sendo controlado pelo receptor NMDA<sup>5</sup>. Com a hiperatividade neuronal no CPME e hipoatividade das unidades inibitórias segmentares e do sistema supressor segmentar ocorre aumento da concentração receptor opioides e peptídeos na origem que é o tronco cerebral<sup>5</sup>. Provável componente genético devido à suscetibilidade de alguns indivíduos em desenvolver dor neuropática. Os receptores NMDA estão relacionados ao mecanismo de ação de sensibilização dos neurônios talâmicos, sendo que o glutamato participa da transmissão nociceptiva no sistema nervoso central, além de ocorrer hipoatividade gabaérgica nos núcleos reticulares e são a principal aderência inibitória dos núcleos ventrais posteriores<sup>5</sup>.

O antidepressivo tricíclico, como a amitriptilina, inibe o receptor na membrana sináptica, aumentando na fenda sináptica noradrenalina e serotonina e age no sistema inibitório da dor, ativa adenosina A1 e produz efeito antinociceptivo, mediando a modulação dos múltiplos subtipos de receptores de glutamato incluindo o receptor de NMDA melhorando assim a dor neuropática<sup>1,6-8</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Chinzon D, Rossini ARA, Kiburud B, et al. Refluxo Gastroesofágico Projeto Diretrizes. Federação Brasileira de Gastroenterologia, 2003, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 2006;50:251-263.
2. Fornari F, Gruber AC, Lopes Ade B, et al. Symptom's questionnaire for gastroesophageal reflux disease. Arq Gastroenterol, 2004;41:263-267.
3. Gurski RR, da Rosa AR, do Valle E, et al. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. J Bras Pneumol, 2006;32:150-160.
4. Silva MF. Dispepsia: caracterização e abordagem. Rev Med (São Paulo). 2008;87:213-223.
5. Von Roenn JH; Preodor M E; Paice JA. Current Diagnosis & Treatment of Pain. New York, USA, McGraw-Hill, 2006;122-134.
6. Duailibi K, Lourenço RB, Mello EP, et al. Refluxo gastroesofágico participando da cascata cognitiva do pânico. J Bras Psiquiatr, 2008;57:280-282.
7. Bamba C, Egan M, Thomas S, et al. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. J Epidemiol Community Health, 2007;61:1028-1037.
8. Saarto T, Wiffen P. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD005454. Apresentado em 06 de janeiro de 2010. Aceito para publicação em 12 de março de 2010.