

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ - FAG

ANGELA RENATA DE MELO

**ESOFAGITE-EROSIVA ENDOSCÓPICA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE LOS
ANGELES E SUA CORRELAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA**

CASCABEL

2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ - FAG

ANGELA RENATA DE MELO

**ESOFAGITE-EROSIVA ENDOSCÓPICA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE LOS
ANGELES E SUA CORRELAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA**

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho Científico na Área Médica, como requisito parcial para a conclusão do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz.

**Professor Orientador: Prof. Dr. Tomaz
Massayuki Tanaka**

**CASCADEL
2018**

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ - FAG

ANGELA RENATA DE MELO

**ESOFAGITE-EROSIVA ENDOSCÓPICA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE LOS
ANGELES E SUA CORRELAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA**

Trabalho apresentado no curso de Medicina, do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina, sob orientação do Professor Doutor Tomaz Massayuki Tanaka.

BANCA EXAMINADORA

Professor Orientador: Dr. Tomaz Massayuki Tanaka
Centro Universitário Faculdade Assis Gurgacz
Doutor em Cirurgia

Professor(a) Avaliador(a)
Instituição a que pertence
Titulação

Professor(a) Avaliador(a)
Instituição a que pertence
Titulação

Cascavel/PR, _____ de _____ de 2019.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A esofagite é uma inflamação da mucosa esofágica causada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o lúmen do esôfago, cuja maior causa é a incompetência dos mecanismos de contenção do refluxo dados pelo cardia, associado à diminuição do clareamento promovido pelo muco e pela saliva e, em alguns casos, podemos ter alteração da motilidade esofágica, promovendo sintomas típicos e, a depender da gravidade da doença, sintomas extra digestivos. **OBJETIVOS:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de esofagite-erosiva em um serviço de referência no Oeste do Paraná. A motivação em realizar essa pesquisa advém da grande frequência de casos na população mundial e, por conta disso, do entendimento dos fatores de risco que, quando controlados, poderiam minimizar essas ocorrências. **MÉTODOS:** Estudo exploratório, quantitativo, descritivo e realizado de maneira transversal com base em prontuários e laudos endoscópicos de pacientes em um serviço de referência no Oeste do Paraná, do mês de outubro de 2017. Foi utilizada a classificação endoscópica de Los Angeles para a coleta de dados. Foram considerados para o estudo os seguintes dados: o sexo dos pacientes, a faixa etária, os tipos de esofagites segundo a classificação de esofagites de Los Angeles (LA), o Índice de Massa Corpórea (IMC), o uso de substâncias pelos pacientes como álcool e tabaco, os sintomas presentes no momento da consulta e os achados endoscópicos como presença de hérnia de hiato, bactéria *Helicobacter pylori* e gastrites. **RESULTADOS:** Foram analisados 857 laudos endoscópicos, com o achado de 148 pacientes com esofagite erosiva (17,26%), havendo predomínio de casos masculinos (55,04%), pico de incidência máxima na 5ª e 6ª décadas de vida (20,27% ambos), maior presença de pacientes com sobrepeso (35,81%) ou obesidades graus I, II e III (39,18%), etilistas (56,75%) e não-tabagistas (64,86%). O sintoma mais prevalente foi o refluxo gastroesofágico em 27,02%. Os achados endoscópicos foram significantes quanto a presença de esofagite erosiva tipo A segundo Los Angeles (84,45%), presença de hérnia de hiato (58,78%), *Helicobacter pylori* negativo (80,40%) e presença importante de gastrite (88,51%). **CONCLUSÃO:** Houve concordância na maioria dos dados obtidos nesse estudo em comparação ao apresentado em outras literaturas. Nota-se que é possível reduzir o número de casos no mundo com medidas que visem a redução dos fatores de agressão.

Palavras-chave: Esofagite Erosiva; Sistema de Los Angeles; Endoscopia Digestiva Alta;

ESOFAGITE-EROSIVA ENDOSCÓPICA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE LOS ANGELES E SUA CORRELAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA¹

MELO, Angela Renata de ²

TANAKA, Tomaz Massayuki ³

ZENATTI, Gabriel Angelo Garute ⁴

INTRODUÇÃO:

O esôfago é um tubo muscular cuja função é o transporte do alimento da orofaringe para o estômago. Em sua anatomia, na porção distal, temos o esfíncter esofágico inferior que impede o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, e, qualquer disfunção desse esfíncter, associado à diminuição do clareamento promovido pelo muco e pela saliva e, em alguns casos, alteração da motilidade esofágica, poderá provocar inflamação da mucosa esofágica (KIM KM et al. 2012).

A esofagite é uma inflamação da mucosa esofágica causada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o lúmen do esôfago, geralmente limitada à 7 a 10 cm distais do esôfago, promovendo sintomas típicos como refluxo gastroesofágico, azia e pirose, dor retroesternal, e a depender da gravidade da doença, presença de sintomas extra digestivos tais como irritação orofaríngea, pigarros, tosse e pneumonia aspirativa, tipicamente presentes em pessoas portadoras de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) (KIM KM et al. 2012).

¹ Trabalho realizado na Gastroclínica de Cascavel (PR), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum

Suporte financeiro: Nenhum

² Autora principal e acadêmica de Medicina, do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz - FAG. E-mail: angelare@hotmail.com;

³ Professor da disciplina de Gastroenterologia do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG. Professor da disciplina de Técnica Operatória do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (2002). E-mail: tomaz@gastro.com.br

⁴ Autora coadjuvante e acadêmico de Medicina, do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz - FAG.

Estudos evidenciam que há uma variação na prevalência da doença, contudo a quantidade de pessoas acometidas é alta, ficando em torno de 10% a 48% da população mundial. Sabe-se que a maioria dos pacientes com esofagites possuem a esofagite do tipo não-erosiva (mais de 60% dos portadores de DRGE) e que a esofagite erosiva predomina em menos de 40% dos acometidos (AMANO *et al.* 2008). Como a incidência de DRGE está aumentando, acredita-se que a esofagite erosiva assintomática também esteja (JUNG *et al.* 2014).

Além de problemas como distúrbios da motilidade esofágica, alguns outros fatores estão relacionados a um risco aumentado de esofagite erosiva como a presença da bactéria *Helicobacter pylori* na mucosa e hérnia de hiato de diversos tamanhos (IDA *et al.* 2017). Outros estudos, como o de Jung *et al.* 2014, refere ainda que o tabagismo, o gênero e o Índice de Massa Corporal (IMC) contribuem para o aparecimento da patologia e o de Akiyama *et al.* 2008, que cita o álcool como um potencial agressor da mucosa esofágica.

O diagnóstico poderá ser realizado por intermédio de exame radiológico contrastado de esôfago e Endoscopia Digestiva Alta (EDA), sendo o diagnóstico de certeza dado pela biópsia e exame anatomopatológico. A endoscopia rotineiramente é a mais utilizada para realizar o diagnóstico visto que, com a magnificação da imagem e a cromoscopia, ou seja, a tecnologia empregada no aparelho, há uma alta sensibilidade e especificidade (GARCÉS, 2008).

Segundo achados encontrados na Endoscopia Digestiva Alta (EDA), por meio da visualização direta da mucosa esofágica, podemos classificá-la em (1) esofagite não-erosiva, onde há presença de sintomas clínicos, achados endoscópicos de processo inflamatório na mucosa do esôfago, porém sem erosões, (2) esofagite erosiva, com presença de lesões erosivas e (3) complicações provenientes da doença, tais como esôfago de Barrett, úlceras, estenoses e hemorragias (ZENTILIN *et al.* 2005).

Para analisar as esofagites erosivas, aplicam-se escalas para facilitar a classificação do padrão lesivo encontrado. Dentre os mais de 30 sistemas possíveis de classificação existentes,

o mais utilizado no Brasil é a classificação de Los Angeles (LA). Ela propõe quatro graus de lesão para esofagites erosivas, evidenciados na Tabela 1, sendo o Grau A, o Grau B, o Grau C e, por fim, o Grau D. Os dois primeiros caracterizam-se por lesões mais leves da mucosa esofágica e os dois últimos demonstram graus mais acentuados (GENTA *et al.* 2011).

Sistema de Los Angeles	
Grau A	Uma (ou mais) descontinuidade de mucosa de 5mm ou menos que não se estende entre os topos das pregas mucosas
Grau B	Uma (ou mais) descontinuidade de mucosa maior que 5mm que não se estende entre os topos das pregas mucosas
Grau C	Uma (ou mais) ruptura de mucosa que tem continuidade entre os topos de duas ou mais pregas mucosas, mas envolve menos que 75% da circunferência do esôfago
Grau D	Uma (ou mais) ruptura de mucosa que envolve pelo menos 75% da circunferência do esôfago

Tabela 1: Classificação de esofagites erosivas pelo Sistema de Los Angeles (LA) e seus graus de lesão esofágica.

Baseado na fisiopatologia da doença, qual seja a presença do refluxo gastroesofágico, para o tratamento é preconizado o uso de Inibidores da Bomba de Prótons (IBP) com o intuito de reduzir a secreção ácida do estômago, e, como consequência, o conteúdo refluído deixará de ser ácido e não promoverá agressão da mucosa esofágica. Uma maior proporção de pacientes inclusos nas classificações A e B de Los Angeles, ou seja, pacientes que apresentam DRGE com menor gravidade, obtiveram melhores resultados sintomáticos ao utilizarem a medicação proposta. Além da droga melhorar a sintomatologia, ela também contribuiu para a cicatrização da mucosa esofágica ao reduzir a atuação do fator agressivo no local (CHENG *et al.* 2011).

O estudo tem por objetivo analisar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de *esofagite-erosiva* em um serviço de referência no Oeste do Paraná. A motivação em realizar essa pesquisa advém da grande frequência de casos na população mundial e, por

conta disso, do entendimento dos fatores causais que, quando controlados, poderiam minimizar essas ocorrências.

METODOLOGIA

Por se tratar de uma pesquisa com envolvimento de seres humanos, o estudo em vigência está em cumprimento com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 89532818.0.0000.5219.

O seguinte estudo possui um caráter exploratório, quantitativo, descritivo e realizado de maneira transversal. A pesquisa foi realizada em uma clínica especializada em atendimento e tratamento de doenças do aparelho digestivo na cidade de Cascavel, Paraná, com coleta de dados provenientes de análises de prontuários e laudos endoscópicos de todos os pacientes que realizaram esse exame nesse estabelecimento no mês de outubro de 2017, os quais foram alocados em uma planilha Excel®.

Foram considerados para o estudo os seguintes dados: o sexo dos pacientes, a faixa etária, os tipos de esofagites erosivas segundo a classificação de Los Angeles (LA), o Índice de Massa Corpórea (IMC), o uso de substâncias pelos pacientes como álcool e tabaco, os sintomas presentes no momento da consulta e os achados endoscópicos como presença de hérnia de hiato, bactéria *Helicobacter pylori* e gastrites. Quanto ao consumo de álcool, os pacientes foram classificados em consumidor leve, moderado e intenso, sendo considerados consumidor leve aquele que realiza consumo eventual de bebida alcóolica, o moderado aquele que realiza consumo frequente, porém não diário e o consumidor intenso aquele que realiza ingestão costumeira de etílicos, e, em quantidade expressiva. Já os pacientes em uso de tabaco também foram classificados em uso leve, moderado e intenso, sendo o primeiro em uso social ou

eventual, o segundo em uso regular durante todos os dias e o terceiro em uso todos os dias, porém em uma quantidade alta de tabaco.

Para esse estudo, foram utilizados trabalhos da literatura mundial que foram escolhidos por meio de uma pesquisa bibliográfica com reconhecimento do material de forma seletiva e interpretativa, tendo sido utilizadas as plataformas virtuais do SciELO e PubMed, além de jornais, revistas científicas, livros e artigos da área da saúde.

RESULTADOS

Foram analisadas todas as 857 endoscopias digestivas altas no mês de outubro de 2017 e destas, 148 apresentaram esofagite erosiva, ou seja, 17,26%, sendo 82 pacientes do sexo masculino (55,40%) e 66 do sexo feminino (44,59%).

Dos tipos de esofagites existentes segundo a classificação de Los Angeles, o estudo em questão mostrou prevalência de casos de esofagite erosiva do tipo A, com 125 casos (84,45%). Apresentou também 19 casos (12,83%) de esofagite erosiva do tipo B de Los Angeles, 3 casos (2,02%) de esofagite erosiva do tipo C de Los Angeles e 1 caso (0,67%) de esofagite erosiva do tipo D de Los Angeles. Houveram 2 pacientes (1,35%) com esôfago de Barrett inseridos na no tipo C de Los Angeles, sendo essa uma complicação importante das esofagites erosivas. Esses dados podem ser evidenciados no Gráfico 1.

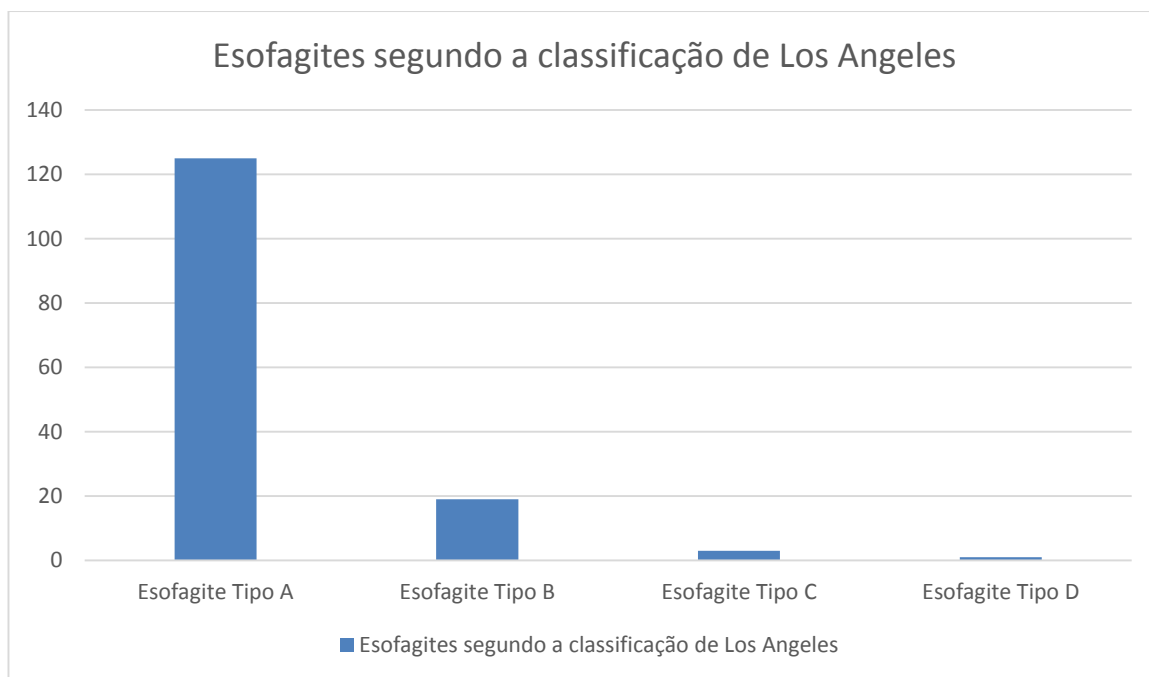


Gráfico 1: Distribuição dos casos esofagites evidenciando os subtipos possíveis e a quantidade de pessoas acometidas por esses subtipos.

Observou-se também que o sexo mais prevalente nos casos de esofagites erosivas do tipo A de Los Angeles foi o masculino com 52,00% dos casos em comparação com o feminino com 48,00% dos casos. O tipo B de Los Angeles apresentou 73.68% de casos masculinos e 26,31% de casos femininos. O tipo C teve sua maioria de pacientes masculinos, com 66,66% contra 33,33% femininos. E o tipo D, com 1 representante da amostra, sendo do sexo masculino (100%).

Em se tratando das idades mais prevalentes, houve um pico máximo de casos na quinta e sexta décadas de vida – 30 casos cada uma (23,43%). Ainda, percebeu-se que as décadas mais prevalentes tiveram discreta diferença entre seus valores, sendo a quarta década de vida com 25 casos (16,89%) e a sétima década com 26 casos (17,56%). Entre essas quatro citadas, a quarta e a sexta década de vida apresentaram maior número de pacientes femininas (56,00% e 53,33%, respectivamente), entretanto nas quintas e sétimas décadas de vida a prevalência de pacientes com esofagite erosiva foi masculina, com 66,66% e 53,84%, respectivamente. Ainda, houveram pacientes em outros momentos da vida, como na segunda década de vida com 5 casos (3,37%), terceira década de vida com 20 casos (13,51%), oitava década de vida com 11 casos (7,43%) e nona década de vida com apenas 1 caso (0,67%). A prevalência entre as idades e o sexo mais presentes no estudo podem ser melhor visualizados no Gráfico 2.

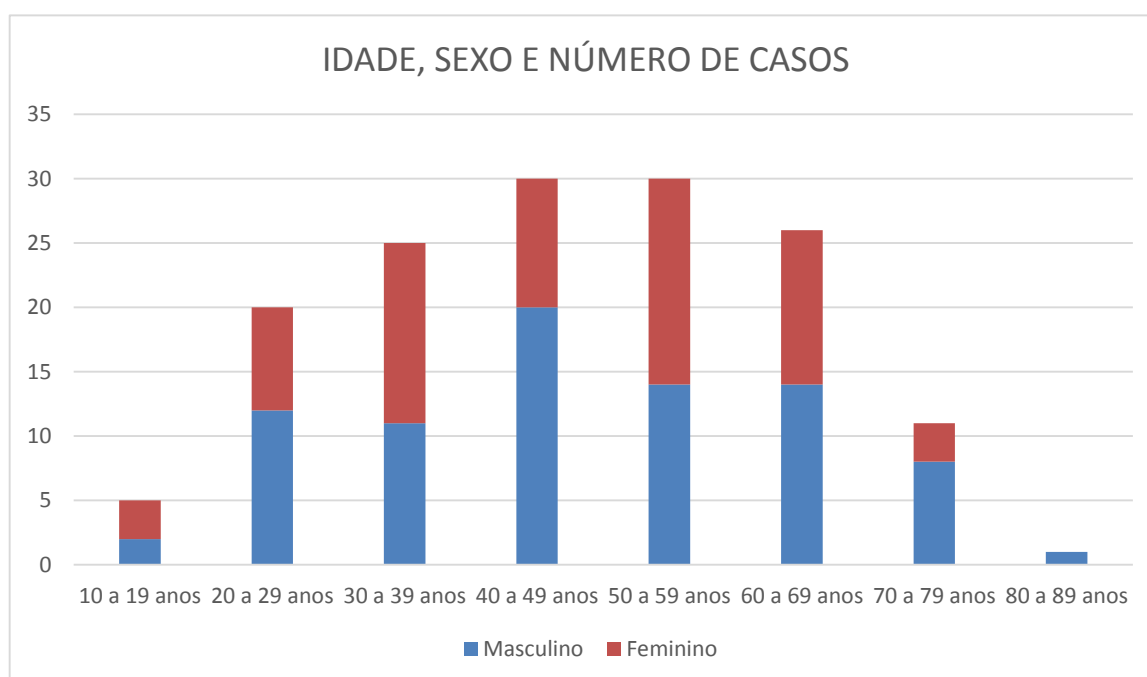


Gráfico 2: Distribuição do acometimento masculino e feminino das esofagites em comparação a idade dos pacientes.

Ainda, foi observado que a maioria dos pacientes portadores de algum tipo de esofagite apresentaram-se com sobrepeso pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) – 53 casos (35,81%), ou possuem algum grau de obesidade, como o grau I do IMC com 36 casos (24,32%), o grau

II do IMC com 16 casos (10,81%) e o grau III do IMC ou obesidade mórbida com 6 casos (4,05%). Os pacientes com o peso normal conforme o IMC totalizam apenas 39 casos (24,32%), sendo a maioria deles do sexo feminino – 23 casos (63,89%). Os pacientes com sobrepeso e graus de obesidade I, II e III são, em sua maioria, homens, sendo 68 pacientes (61,26%). Esses dados encontram-se no Gráfico 3.

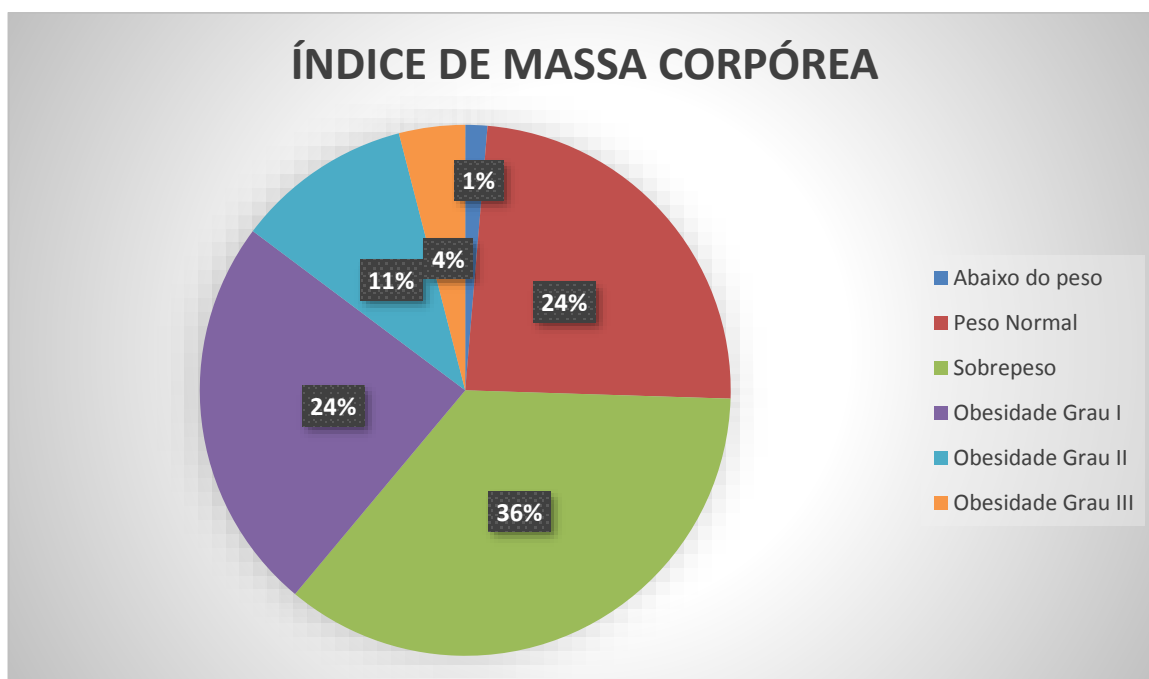


Gráfico 3: Número de pacientes com Esofagite-erosiva conforme o Índice de Massa Corpórea (IMC).

Ao analisar os tipos de esofagites encontrados em pacientes com IMC diversos, a maior faixa de distribuição ocorreu da seguinte forma: dos laudos que apresentavam esofagite tipo A de Los Angeles, a maioria dos pacientes, 36%, encontrou-se na faixa de sobrepeso, com 45 casos. Os laudos de esofagite B tiveram sua maior apresentação, 36,84%, com 7 casos, na obesidade grau I. Já os laudos com esofagite erosiva tipo C, apresentaram 66,66% na faixa do sobrepeso, com 2 casos. E, por fim, os laudos com esofagite tipo D de Los Angeles encontraram-se na obesidade grau II, com 100% dos resultados, sendo 1 caso. Esses dados estão melhor evidenciados no Gráfico 4.

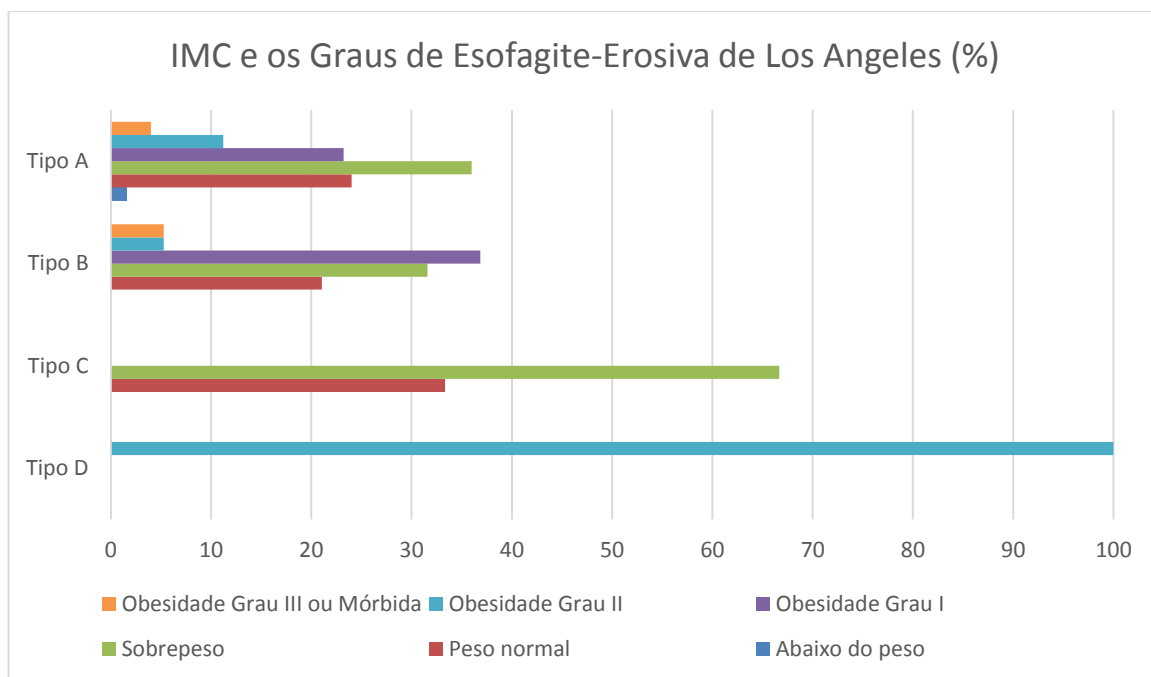


Gráfico 4: Correlação entre o Índice de Massa Corporal dos pacientes portadores de esofagites-erosivas conforme a distribuição dos diversos graus conforme a classificação de Los Angeles endoscópica.

O estudo vigente analisou também o uso de substâncias pelos pacientes. Quanto ao uso de bebidas alcóolicas, observou-se que 56,75% dos pacientes são etilistas, 84 casos, sendo divididos em graus, onde 71,42% deles são etilistas leves, como 60 casos, 26,19% são moderados, com 22 casos e 2,38% são etilistas intensos, com 2 casos. Entre os pacientes que possuíam o grau A de esofagite erosiva, 37,6% são etilistas leves, 15,2% são moderados, 1,6% são etilistas intensos e 45,6% são não-etilistas. Já entre o grau B, 57,89% são etilistas leves, 10,52% são moderados, nenhum é intenso e 4,8% são não-etilistas. No grau C, existiram apenas etilistas leves, com 66,66% e 33,33% não-etilistas. O grau D apresentou 1 paciente etilista moderado.

Em contrapartida, o uso de tabaco como fumo apresentou-se como a minoria dos pacientes, com 52 casos, totalizando 35,13% dos portadores de esofagites erosivas. Dentre os fumantes, 40% são fumantes leves, outros 40% são fumantes moderados e 20% são fumantes

intensos. Quanto ao tipo de esofagites e o fumo, o grau A apresentou 63,2% de pacientes não tabagistas, 24% de tabagistas leves, 10,4% moderados e 2,4% de tabagistas intensos. Já o grau B apresentou 78,94% de não-tabagistas, 5,26% de tabagistas leves, 10,52% de moderados, e 5,26% de intensos. O grau C possuiu sua totalidade de pacientes não tabagistas, assim como o grau D.

Quanto aos sintomas mais relatados pelos pacientes encontramos o refluxo gastroesofágico em 27,02% dos pacientes, a pirose com 18,91% dos casos, a dispepsia em 12,83% dos pacientes, a distensão abdominal em 11,71% dos pacientes, a disfagia em 5,40% e as náuseas ou vômitos em 6,25% dos casos. Sintomas atípicos também foram relatados pelos pacientes, fazendo referência aos extra esofágicos, como dor torácica, com 2,70%, tosse, em 0,67% dos pacientes e odinofagias em 0,67% dos mesmos. Mas houveram também pacientes sem sintomas, totalizando 22,97% dos casos.

Por fim, outros achados endoscópicos nesses pacientes foram: hérnia hiatal em 58,78% dos pacientes de algum grau, 13,51% tinham a bactéria *Helicobacter pylori* presentes na mucosa gástrica pelo teste da Urease realizado por meio de biópsia coletada na endoscopia digestiva alta, contudo muitos possuíam algum nível de gastrite endoscópica, seja enantematosa, erosiva ou exsudativa, totalizando 88,51% dos pacientes.

Variável	Resultados
Total de endoscopias analisadas	857
Número de pacientes com esofagite-erosiva (N)	148 (17,26%)
Esofagites-Erosivas – Los Angeles (%)	
Tipo A	84,45
Tipo B	12,83
Tipo C	2,02
Tipo D	0,67
Sexo	
Masculino (%)	55,40
Feminino (%)	44,59
Década de vida	5ª e 6ª
IMC (%) - maioria	Sobrepeso: 35,81
Tipo A	Sobrepeso: 36

	Tipo B	Obesidade grau I: 36,84
	Tipo C	Sobrepeso: 66,66
	Tipo D	Obesidade grau II: 100
Tabagistas (%) - maioria		35,13
	Tipo A	Leve: 24
	Tipo B	Moderado: 10,52
	Tipo C	0
	Tipo D	0
Etilistas (%) - maioria		56,75
	Tipo A	Leve: 37,6
	Tipo B	Leve: 57,89
	Tipo C	Leve: 66,66
	Tipo D	Moderado: 100
Hérnia de hiato (%)		58,78
<i>Helicobacter pylori</i> positivo (%)		13,51
Gastrite (%)		88,51

Tabela 2: Variáveis clínicas e os resultados encontrados na amostra do nosso estudo.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a prevalência de pacientes acometidos pela esofagite-erosiva é alta, e segundo Amano *et al.* 2008, corresponde 10% a 48% da população mundial. A casuística encontrada em nossa amostra apresentou 17,26% de portadores da doença, estando, portanto, dentro dos limites da casuística mundial. Esses valores retratam a importância dessa doença no contexto da saúde mundial.

Este estudo indica que de acordo com a classificação de Los Angeles, a maioria dos pacientes tinha um diagnóstico do tipo A (84,45%), seguido do tipo B (12,83%), tipo C (2,02%) e tipo D (0,67%%), dados esses que estão de acordo com os estudos de Genta *et al.* (2011) e Cheng *et al.* (2011) e o estudo brasileiro de Garcia *et al.* (2017), porém não vão de encontro com estudos de Malfertheiner *et al.* (2012), Kasyap *et al.* (2018) e Inamori *et al.* (2003), pois neles a prevalência é do tipo B. Houve em nosso estudo um número pequeno de pacientes com Esôfago de Barrett comparado ao estudo preconizado por Genta *et al.* (2011) que evidenciou 7,87% de pacientes com essa complicação.

Ao se analisar o sexo, alguns estudos, como o japonês Inamori *et al.* (2003) demonstraram o inverso do encontrado em nossa pesquisa, ou seja, um predomínio de casos femininos (51,85%). Nossa amostra, em contrapartida, revelou dados contrários a esse estudo, mas que se assemelham com os dados presentes em Malfertheiner *et al.* (2012) e Kasyap *et al.* (2018) onde há frequência maior de casos masculinos. Um estudo realizado por Cheng *et al.* (2011), também demonstrou o mesmo resultado, com uma porcentagem semelhante ao nosso resultado, ou seja, 57,54% de pacientes masculinos. Nosso estudo, portanto, vai de encontro com grande parte da literatura, onde a maioria dos casos se encontra também no sexo masculino, de forma geral. Contudo, de forma mais específica, os estudos conduzidos por Inamori *et al.* (2003) demonstraram que, apesar de haver concordância nos tipos C e D de esofagites, os tipos A tiveram maior prevalência de casos femininos (54,54%), e o tipo B obteve igual quantidade de casos masculinos e femininos (50%), dados esses que divergem do nosso estudo, onde nos tipos A e B, a maioria dos casos foram masculinos (52,63% e 79,31%, respectivamente). A hipótese para essa divergência, segundo os autores do estudo japonês, é a de que a osteoporose e a cifose são fatores importantes no aparecimento da hérnia hiatal, o que resultaria em mais casos de esofagites em mulheres idosas.

A faixa etária dos pacientes está de acordo com os valores encontrados em outros trabalhos. Um exemplo, é o caso Genta *et al.* (2011) e Malfertheiner *et al.* (2012), onde a média das idades ocorreu aos 57 e 56 anos, respectivamente, ou seja, na sexta década de vida, igualmente demonstrado por nossa pesquisa. Entretanto, o estudo japonês demonstrou que a idade de maior acometimento em seu país figura com pessoas com 65 anos ou mais, ou seja, em idosos decorrente do aparecimento de osteoporose e cifose que são fatores predisponentes de hérnia hiatal.

Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), os valores encontrados em pesquisas anteriores corroboram os nossos resultados, onde a nossa maioria de pacientes encontram-se

alocados na classificação de sobrepeso, igualmente previsto por Malfertheiner *et al.* (2012), onde a média dos IMC dos mesmos ficou em 27,5, e no trabalho asiático Kasyap *et al.* (2018), em 26,18%. Além disso, nosso estudo demonstrou um número significativo de pacientes alocados na obesidade grau I, com 24,32% dos casos. Tais dados sugerem que o sobrepeso e a obesidade são fatores contribuintes para o aparecimento da esofagite.

Foi possível observar que o grau da esofagite está diretamente relacionado com o IMC, pois em nossa amostra encontramos a maioria dos pacientes com esofagite do tipo A alocados na faixa do sobrepeso, com 36% dos casos, os do tipo B, na obesidade grau I, com 36,84% dos casos, o tipo C na faixa do sobrepeso também, mas com 66,66% dos pacientes e o grau D com 100% dos pacientes (1 caso) alocados na obesidade grau II. Tais achados nos permitem inferir a importância do controle do peso no combate à doença, principalmente quando comparamos os resultados de um estudo brasileiro, Santo *et al.* 2015, onde a maioria dos pacientes, seja na classificação A,B e C de Los Angeles, são pacientes com obesidade grau III, com 32,40%, 7.1% e 1,5%, respectivamente, entretanto não houveram casos do tipo D de esofagite-erosiva.

No que se refere ao uso de substâncias, 56,75% dos pacientes relatados nesse estudo são etilistas e 35,13% são tabagistas ou já foram tabagistas em algum momento de suas vidas. Observou-se que 40,84% dos pacientes do estudo Kasyap *et al.* (2018) e 20% dos pacientes do estudo do Cheng *et al.* (2011) são tabagistas ou ex-tabagistas, ou seja, ambos os trabalhos se encaixam na minoria de pacientes abordados na pesquisa. Por outro lado, nos mesmos estudos foram encontrados 33,09% e 10,40% de pacientes etilistas, respectivamente. Acredita-se que a lesão provocada pelo álcool ingerido à longo prazo seja um fator predisponente da lesão esofágica (Akiyama *et al.* 2008).

Nossos dados revelaram também a importância dos graus de etilismo e tabagismo com os graus de esofagites erosivas. Quanto ao etilismo, o grau A apresentou a maioria dos seus pacientes etilistas leves, com 37,6% dos casos, assim como o grau B, com 57,89% e o grau C

com 66,66%. Contudo o grau D apresentou 100% da amostra (1 caso) como etilista moderado. Apesar dos três primeiros graus terem sua maioria de casos relacionados ao etilismo leve, percebemos que à medida em que aumentou a quantidade de bebida alcóolica ingerida, aumentou também o grau da esofagite erosiva dos pacientes.

Contudo, quanto ao tabagismo, nota-se um padrão diferente, no qual a maioria dos pacientes não fazem uso da substância. Nos fumantes que possuem o grau A de esofagite, a maioria faz uso de tabaco de forma leve, sendo 24% dos mesmos, já no grau B, a maioria faz uso moderado, com 10,52% dos pacientes. Os graus C e D não apresentaram pacientes fumantes. Sendo assim, apesar de não existirem casos de fumantes nos graus mais altos da doença, os tipos A e B demonstram uma progressão da evolução da patologia conforme aumenta o grau de tabagismo. Apesar do uso do tabaco ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da esofagite erosiva, nota-se hoje que com as campanhas antitabaco e com o aumento da tributação na venda de cigarros, houve uma redução no número de pessoas tabagistas no Brasil, sendo a prevalência em 1989 de 32,4% da população e em 2013, 14,7%, segundo Muzi *et al.* 2018, e, dessa forma, a quantidade de tabagistas nesse estudo também é baixa.

Os sintomas mais presentes encontrados em Cheng *et al.* (2011) foram refluxo gastroesofágico e pirose, assim como detalhado em nosso estudo em questão. Além disso, o estudo feito por Kasyap *et al.* (2018), demonstrou que 11,26% dos pacientes não possuíam sintomas no momento da realização da endoscopia digestiva alta, valor esse um pouco acima dos encontrados nesse estudo (7,03%).

Ainda, alguns achados endoscópicos foram vistos também em outras pesquisas prévias. Os valores encontrados referentes a pacientes portadores de hérnia de hiato variaram bastante conforme as pesquisas e também em comparação ao nosso estudo: Kasyap *et al.* (2018) referiu 32,39% de pacientes com hérnia de hiato presente no momento da endoscopia digestiva alta,

assemelhando-se muito à Inamori *et al.* (2003), com 31,48% dos casos. Porém, divergindo com o estudo Cheng *et al.* (2011) onde foram encontrados 21% de pacientes e ao nosso estudo, com 58,78%, ou seja, um número relativamente considerável e digno de intervenções.

No que diz respeito a presença da bactéria *Helicobacter pylori* nossos resultados foram de encontro com os encontrados em diversas literaturas, sendo a minoria dos casos, como Malfertheiner *et al.* (2012), com 20,3% dos pacientes, o Inamori *et al.* (2003) com 20% dos pacientes, e o Cheng *et al.* (2011) com 41,3%, ou seja, uma porcentagem mais significativa, porém ainda agrupada na minoria dos pacientes.

E, por fim, a presença de gastrite chamou a atenção no nosso estudo, com 88,51% dos casos, contudo dados encontrados na literatura, como no estudo Inamori *et al.* (2003), mostram que a maioria dos pacientes se encontram, de certa forma, num mesmo patamar, com 51,85% dos mesmos apresentando também algum tipo de gastrite no momento do exame endoscópico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

É possível concluir que houve concordância na maioria dos dados obtidos nesse estudo em comparação ao apresentado em outras literaturas. Observou-se que os estudos japoneses foram os que mais divergiram dos dados encontrados no Ocidente por conta do estilo de vida presente na cultura da população, visto que os mesmos são grandes produtores de bebidas alcóolicas, além de terem uma amostra maior de mulheres idosas acometidas pela doença em decorrência da osteoporose e da cifose serem fatores desencadeantes para a mesma. Também podemos perceber que no Brasil houve uma queda importante do consumo de tabaco devido a campanhas e mudanças de hábitos de vidas originários dessa população, sendo assim, a diminuição do uso de tabaco pode ter sido fator determinante na diminuição dos casos de esofagite erosiva.

Analisando tais perspectivas nota-se que é possível reduzir o número de casos no mundo com medidas simples que visem a redução dos fatores de agressão, como o peso corporal acima do normal conforme o IMC, o uso de álcool e de tabaco, além de cirurgias para correção de hérnias de hiato em casos selecionados. Além disso, é necessário um rastreio de excelência mesmo em pacientes assintomáticos, respeitando as diretrizes, para que haja menor morbidade em decorrência da esofagite erosiva.

REFERÊNCIAS:

- Kim KM, Kim BT, Lee DJ, Park SB, Joo NS, Kim YS, Kim KN. Erosive esophagitis may be related to small intestinal bacterial overgrowth. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2012 May 1;47(5):493-8.
- Amano Y, Yamashita H, Koshino K, Ohshima T, Miwa H, Iwakiri R, Fujimoto K, Manabe N, Haruma K, Kinoshita Y. Does magnifying endoscopy improve the diagnosis of erosive esophagitis?. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2008 Jul;23(7pt1):1063-8.
- Jung SH, Oh JH, Kang SG. Clinical characteristics and natural history of asymptomatic erosive esophagitis. *Turk J Gastroenterol*. 2014 Jun 1;25(3):248-52.
- Ida T, Inamori M, Inoh Y, Fujita K, Hamanaka J, Chiba H, Kusakabe A, Morohashi T, Goto T, Maeda S. Clinical characteristics of severe erosive esophagitis among patients with erosive esophagitis: a case-control study. *Internal Medicine*. 2017 Jun 1;56(11):1293-300.
- Akiyama T, Inamori M, Iida H, Mawatari H, Endo H, Hosono K, Yoneda K, Fujita K, Yoneda M, Takahashi H, Goto A. Alcohol consumption is associated with an increased risk of erosive esophagitis and Barrett's epithelium in Japanese men. *BMC gastroenterology*. 2008 Dec;8(1):58.

- Hernández Garcés HR. Manual endoscopia digestiva superior diagnóstica. In Manual endoscopia digestiva superior diagnóstica 2008.
- Zentilin P, Savarino V, Mastracci L, Spaggiari P, Dulbecco P, Ceppa P, Savarino E, Parodi A, Mansi C, Fiocca R. Reassessment of the diagnostic value of histology in patients with GERD, using multiple biopsy sites and an appropriate control group. The American journal of gastroenterology. 2005 Oct;100(10):2299.
- Genta RM, Spechler SJ, Kielhorn AF. The Los Angeles and Savary–Miller systems for grading esophagitis: utilization and correlation with histology. Diseases of the Esophagus. 2011 Jan 1;24(1):10-7.
- Cheng H, Tsai YC, Chen WY, Chang WL, Cheng HC, Sheu BS. Supplementation of Los Angeles classification with esophageal mucosa index of hemoglobin can predict the treatment response of erosive reflux esophagitis. Surgical endoscopy. 2011 Aug 1;25(8):2478-86.
- Garcia MT, Munoz VF. ESOFAGITE E HÉRNIA DE HIATO: CORRELAÇÃO ENTRE SEUS VARIADOS GRAUS. REVISTA UNINGÁ REVIEW. 2017 Oct 18;15(2):2-.
- Malfertheiner P, Nocon M, Vieth M, Stolte M, Jaspersen D, Koelz HR, Labenz J, Leodolter A, Lind T, Richter K, Willich SN. Evolution of gastro-oesophageal reflux disease over 5 years under routine medical care—the ProGERD study. Alimentary pharmacology & therapeutics. 2012 Jan;35(1):154-64.
- Kasyap AK, Sah SK, Chaudhary S. Clinical spectrum and risk factors associated with asymptomatic erosive esophagitis as determined by Los Angeles classification: A cross-sectional study. PloS one. 2018 Feb 27;13(2):e0192739.
- Inamori M, TOGAWA JI, Nagase H, Abe Y, Umezawa T, Nakajima A, Saito T, Ueno N, Tanaka K, Sekihara H, Kaifu H. Clinical characteristics of Japanese reflux esophagitis patients as determined by Los Angeles classification. Journal of gastroenterology and hepatology. 2003 Feb;18(2):172-6.

- Santo MA, Quintanilha SR, Mietti CA, Kawamoto FM, Marson AG, CLEVA RD. Endoscopic changes related to gastroesophageal reflux disease: comparative study among bariatric surgery patients. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2015;28:36-8.
- Muzi CD, Figueiredo VC, Luiz RR. Gradiente urbano-rural no padrão de consumo e cessação do tabagismo no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2018;34(6).