

**MANEJO CIRÚRGICO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE):
INDICAÇÕES E PROTOCOLOS PRÉ-OPERATÓRIO**

**SURGICAL MANAGEMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD):
INDICATIONS AND PREOPERATIVE PROTOCOLS**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO (ERGE): INDICACIONES Y PROTOCOLOS PREOPERATORIOS**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n3-007>

Data de submissão: 04/02/2026

Data de publicação: 04/03/2026

Daniel Higor da Silva Barros

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Católica de Brasília (UCB)

Ryan Rafael Barros de Macedo

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

Cecília Varchavsky de Moraes

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)

Laura Cechetti Galli Borges

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Lucas Alves de Moraes

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Ingrid Tiemi Silva

Bacharel em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Rodrigo Salim Testa da Rocha

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Rafael Furlanetto

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

Rodrigo Lazzarotto Bellicanta

Bacharel em Medicina

Instituição: Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Aline de Vargas Mascarenhas

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade da Serra Gaúcha (FSG)

Érik Gomes da Silva

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

RESUMO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica prevalente. Embora o tratamento clínico com Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) seja a base inicial, estima-se que até 40% dos pacientes apresentem sintomas refratários. Para este grupo, o manejo cirúrgico, predominantemente realizado através da Fundoplicatura Antirrefluxo Laparoscópica (LARS), representa uma alternativa eficaz para restaurar a competência da transição esofagogástrica. Contudo, o sucesso da intervenção depende de uma rigorosa seleção de candidatos e de um protocolo pré-operatório abrangente. Este protocolo exige a confirmação objetiva da DRGE e a exclusão de diagnósticos diferenciais, sendo indispensáveis a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), a Manometria Esofágica de Alta Resolução (para avaliar a motilidade e guiar a técnica cirúrgica) e a pH-Impedanciometria esofágica de 24 horas (padrão-ouro para documentar o refluxo patológico, especialmente em casos refratários ou extraesofágicos). A LARS promove grande alívio sintomático em pacientes adequadamente selecionados, reforçando que a integração de dados clínicos e exames funcionais é o pilar para uma indicação cirúrgica segura e eficaz.

Palavras-chave: Doença do Refluxo Gastroesofágico. Cirurgia Antirrefluxo Laparoscópica. Fundoplicatura. Manometria Esofágica. pH-Metria. Protocolo Pré-Operatório.

ABSTRACT

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a prevalent chronic condition. Although clinical treatment with Proton Pump Inhibitors (PPIs) is the initial basis, it is estimated that up to 40% of patients present with refractory symptoms. For this group, surgical management, predominantly performed through Laparoscopic Antireflux Fundoplication (LARS), represents an effective alternative to restore the competence of the esophagogastric junction. However, the success of the intervention depends on a rigorous selection of candidates and a comprehensive preoperative protocol. This protocol requires objective confirmation of GERD and exclusion of differential diagnoses, with Upper Digestive Endoscopy (EGD), High-Resolution Esophageal Manometry (to assess motility and guide the surgical technique), and 24-hour esophageal pH-Impedance monitoring (gold standard for documenting pathological reflux, especially in refractory or extraesophageal cases) being indispensable. LARS provides significant symptomatic relief in appropriately selected patients, reinforcing that the integration of clinical data and functional examinations is the cornerstone for a safe and effective surgical indication.

Keywords: Gastroesophageal Reflux Disease. Laparoscopic Antireflux Surgery. Fundoplication. Esophageal Manometry. pH-Metry. Preoperative Protocol.

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección crónica prevalente. Si bien el tratamiento clínico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es la base inicial, se estima que hasta un 40% de los pacientes presentan síntomas refractarios. Para este grupo, el tratamiento quirúrgico, realizado predominantemente mediante funduplicatura antirreflujo laparoscópica

(LARS), representa una alternativa eficaz para restaurar la competencia de la unión esofagogástrica. Sin embargo, el éxito de la intervención depende de una rigurosa selección de candidatos y de un protocolo preoperatorio exhaustivo. Este protocolo requiere la confirmación objetiva de la ERGE y la exclusión de diagnósticos diferenciales, siendo indispensables la endoscopia digestiva alta (EGD), la manometría esofágica de alta resolución (para evaluar la motilidad y guiar la técnica quirúrgica) y la monitorización de pH-impedancia esofágica durante 24 horas (la prueba de referencia para documentar el reflujo patológico, especialmente en casos refractarios o extraesofágicos). La LARS proporciona un alivio sintomático significativo en pacientes adecuadamente seleccionados, lo que refuerza la idea de que la integración de los datos clínicos y las exploraciones funcionales es fundamental para una indicación quirúrgica segura y eficaz.

Palabras clave: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Cirugía Laparoscópica Antirreflujo. Fundoplicatura. Manometría Esofágica. pHmetría. Protocolo Preoperatorio.

1 INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica prevalente, definida pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, resultando em sintomas incômodos e complicações teciduais (Wu et al., 2024). A fisiopatologia da doença é multifatorial, envolvendo a falha da barreira antirrefluxo — composta pelo esfíncter esofágico inferior (EEI) e pelo diafragma crural — além de distúrbios na depuração esofágica (Zheng et al., 2021). Embora os Inibidores de Bomba de Prótons (IBP) sejam a base do tratamento clínico, estima-se que até 40% dos pacientes apresentem sintomas refratários ou insatisfação com a terapia medicamentosa de longo prazo (Uglicio et al., 2023).

O manejo cirúrgico, predominantemente realizado através da fundoplicatura laparoscópica, surge como uma alternativa eficaz para restaurar a competência anatômica da transição esofagogástrica (Kasugai e Ogasawara, 2024). Contudo, o sucesso da intervenção depende de um rigoroso protocolo pré-operatório e da seleção adequada dos candidatos. Indicações precisas, fundamentadas em exames objetivos como a pH-metria e a manometria esofágica, são essenciais para distinguir a DRGE verdadeira de outras desordens funcionais ou manifestações extraesofágicas, como o refluxo laringofaríngeo (Cui et al., 2024; Chen et al., 2023). O presente trabalho sintetiza as diretrizes atuais para a indicação cirúrgica e os processos diagnósticos necessários para otimizar os desfechos pós-operatórios.

A DRGE é uma afecção crônica comum, caracterizada pelo retorno anormal do conteúdo gástrico ao esôfago, capaz de gerar sintomas clínicos e lesões na mucosa. Suas manifestações variam desde sintomas típicos até apresentações extraesofágicas (Uglicio et al., 2023). Trata-se de uma doença de base multifatorial, cuja fisiopatologia envolve principalmente a disfunção da barreira antirrefluxo, composta pelo esfíncter esofágico inferior e pelo diafragma crural, associada a alterações na depuração esofágica e na integridade da mucosa. Esses mecanismos favorecem a exposição prolongada do esôfago ao conteúdo gástrico, resultando em inflamação e sintomas persistentes (Wu et al., 2024; Katz et al., 2022).

O tratamento inicial da DRGE é predominantemente clínico, tendo os inibidores da bomba de prótons como principal estratégia terapêutica. Apesar disso, uma proporção significativa dos pacientes, aproximadamente 40 %, permanece sintomática ou insatisfeita mesmo após tratamento otimizado, configurando o quadro de DRGE refratária (Uglicio et al., 2023). Nessa situação, a cirurgia antirrefluxo laparoscópica representa uma alternativa eficaz, uma vez que atua diretamente sobre os mecanismos fisiopatológicos envolvidos no refluxo. Entretanto, a indicação cirúrgica deve ser criteriosa e baseada em avaliação pré-operatória adequada, com exames que confirmem objetivamente o diagnóstico e auxiliem na seleção dos pacientes. Assim, o presente estudo tem como

objetivo abordar o manejo cirúrgico da DRGE, destacando suas principais indicações e os protocolos pré-operatórios essenciais para a prática cirúrgica atual.

2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, desenvolvida com o objetivo de sintetizar e analisar as evidências científicas mais recentes relacionadas ao manejo cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico, com foco em indicações e protocolos pré-operatórios. A pesquisa foi realizada na base de dados PubMed, utilizando os descritores "Gastroesophageal Reflux Disease", "Surgery", "Treatment" e "Diagnosis", combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a terminologia do Medical Subject Headings (MeSH). Foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos, disponíveis integralmente e redigidos nos idiomas português ou inglês, que abordassem de forma direta o tema. Excluíram-se estudos que não apresentavam relação direta com o tema central, publicações duplicadas, revisões narrativas com baixo rigor metodológico e artigos não indexados na base de dados utilizada. A seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: triagem de títulos e resumos, seguida pela avaliação dos textos completos para confirmar a relevância. As informações extraídas foram organizadas de forma descritiva.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A indicação para a Cirurgia Antirrefluxo Laparoscópica (LARS) deve ser baseada na confirmação objetiva da DRGE e na falha ou intolerância ao tratamento clínico (Katz et al., 2022). As diretrizes da ACG estabelecem que pacientes com esofagite grave (Graus C e D de Los Angeles), estenoses pépticas ou esôfago de Barrett são candidatos naturais, assim como aqueles que desejam descontinuar o uso crônico de IBP devido a efeitos colaterais ou preferência pessoal (Katz et al., 2022). É imperativo notar que a resposta sintomática aos IBPs é um forte preditor de sucesso cirúrgico; no entanto, pacientes refratários que demonstram refluxo ácido patológico comprovado em monitoramento de pH também apresentam taxas de satisfação superiores a 80% em longo prazo (Ugليون et al., 2023).

A consideração da cirurgia para a DRGE exige o reconhecimento de que esta condição é um espectro fisiopatológico, e não uma entidade homogênea, manifestando-se em diferentes fenótipos, por isso, a correta distinção entre esofagite erosiva, doença do refluxo não erosiva (NERD), refluxo com hipersensibilidade esofágica e pirose funcional é crucial, pois impacta diretamente a indicação cirúrgica e os resultados pós-operatórios. Ainda que a fundoplicatura seja reconhecida por sua alta

eficácia na restauração da barreira antirrefluxo, seu benefício é notavelmente mais robusto em pacientes com exposição ácida patológica claramente documentada, especialmente naqueles que também apresentam esofagite avançada ou hérnia hiatal (KATZ et al., 2022). Por outro lado, a intervenção cirúrgica pode não alterar significativamente o quadro clínico de indivíduos cujos sintomas são desproporcionais à carga de refluxo. Assim, faz-se necessário uma rigorosa estratificação fenotípica antes da tomada de decisão terapêutica.

O protocolo pré-operatório exige uma propedêutica abrangente. A endoscopia digestiva alta é o primeiro passo para avaliar lesões mucosas e a presença de hérnia de hiato (Kasugai e Ogasawara, 2024). A manometria esofágica de alta resolução é indispensável para descartar distúrbios motores graves, como a acalásia, e avaliar o vigor contrátil do corpo esofágico, o que influencia a escolha da técnica de funduplicatura (Zheng et al., 2021). Em casos de sintomas atípicos ou extraesofágicos (tosse crônica, rouquidão), a monitorização por pH-impedanciometria esofágica é o padrão-ouro para estabelecer a associação temporal entre o refluxo (ácido ou não ácido) e os episódios sintomáticos, evitando cirurgias desnecessárias em pacientes com hipersensibilidade esofágica ou pirose funcional (Chen et al., 2023; Cui et al., 2024).

Considerando a importância da EDA na propedêutica, o uso crônico de inibidores de bomba de prótons (IBPs) neste exame pode mascarar os achados típicos de DRGE, como esofagite erosiva em grau B de Los Angeles com sintomas, ou graus C e D de Los Angeles) e esôfago de Barrett, pois estas medicações podem causar a regressão das lesões. Sendo assim, para a realização da EDA deve-se orientar a suspensão dos IBPs pelo período de 15 dias, podendo ser prolongado por até 30 dias, para melhorar a chance de detecção dos achados endoscópicos indicadores de DRGE. A interrupção desse remédio também auxilia na identificação endoscópica de diagnósticos diferenciais como esofagite eosinofílica. Como essa medida tem importante impacto no diagnóstico da DRGE, os pacientes que não toleram a parada medicamentosa também devem adotar esta estratégia (Katz et al., 2022).

Além disso, torna-se fundamental diferenciar a verdadeira refratariedade ao tratamento com IBPs da inadequação terapêutica ou do diagnóstico incorreto, posto que, estudos demonstram que parcela expressiva dos pacientes classificados como “refratários” não apresenta refluxo patológico comprovado quando submetidos à investigação por pH-impedanciometria de 24 horas, sendo frequentemente diagnosticados com distúrbios funcionais ou outras doenças esofágicas (Katz et al., 2022). Portanto, a cirurgia não deve ser vista como uma consequência automática do aparente insucesso clínico e sua indicação deve ocorrer apenas após a exclusão sistemática de todos os diagnósticos diferenciais possíveis. Nesse contexto, a realização da manometria esofágica de alta

resolução antes da intervenção cirúrgica se faz indispensável, não só para orientar a técnica cirúrgica mais adequada, mas também para avaliar a reserva contrátil do corpo esofágico por meio de manobras provocativas, permitindo a escolha da técnica de funduplicatura mais apropriada, visando prevenir complicações graves, como a disfagia pós-operatória persistente (Zheng et al., 2021; Ugliono et al., 2023).

A discussão sobre o manejo cirúrgico também engloba novas tendências menos invasivas. Terapias endoscópicas, como a mucosectomia antirrefluxo (ARMS) e a ablação mucosa (ARMA), têm surgido como opções para pacientes sem hérnias de hiato significativas, embora a cirurgia laparoscópica permaneça como o tratamento definitivo para correções anatômicas (Kasugai e Ogasawara, 2024). O risco de complicações pós-operatórias, como disfagia e síndrome de "gas-bloat", reforça a necessidade de um diagnóstico preciso (Ugliono et al., 2023). Além disso, a associação entre a DRGE e o aumento do risco de câncer esofágico, confirmada por estudos de randomização mendeliana, justifica a intervenção precoce em perfis de alto risco para prevenir a progressão da metaplasia (Wu et al., 2024). Em suma, a integração de dados clínicos e exames funcionais é o pilar que sustenta a indicação cirúrgica segura e eficaz na DRGE refratária.

A Cirurgia Antirrefluxo Laparoscópica (LARS) proporciona um grande alívio dos sintomas da DRGE para a maioria dos pacientes. No entanto, para um pequeno grupo de pessoas, a LARS não trouxe os mesmos resultados positivos, seja pela persistência dos sintomas da DRGE, seja pela ocorrência de complicações pós-operatórias, como a disfagia e a distensão abdominal (Ugliono et al., 2023).

A disfagia é a queixa mais comum de pacientes submetidos à funduplicadura, seguida de distensão abdominal pós-operatória (Cui et al., 2024). A insatisfação com o procedimento no pós-operatório pode estar associada a valores pré-operatórios elevados de duração total dos episódios de refluxo e pacientes acometidos com essa alteração na monitorização pré-operatória de impedância intraluminal multicanal com pH devem estar cientes do risco (Ugliono et al., 2023).

A cirurgia laparoscópica anti-refluxo (LARS) em pacientes selecionados com DRGE refratária trazem melhora significativa aos pacientes, desde que devidamente documentada a condição, para evitar fatores de confusão, como outras doenças que podem causar sintomas similares à doença do refluxo gastroesofágico. Pacientes submetidos a LARS tiveram satisfação maior em comparação à pacientes que fizeram tratamento clínico apenas. Faz-se necessário documentar de forma efetiva com exames pré-operatórios que os sintomas do paciente são por DRGE refratária, por meio de exames com endoscopia digestiva alta, phmetria e manometria esofágica (Ugliono et al., 2023).

Pacientes que terão maior benefício com a realização da cirurgia para DRGE, geralmente tiveram pelo menos parcialmente um resposta do uso de inibidores da bomba de prótons (IBP), e tem doença documentada por pHmetria com alta carga de refluxo ácido, azia e regurgitação frequentes (Chen et al., 2023).

Problemas anatômicos, tais como relaxamento de esfíncter esofágico inferior, hérnia de hiato, refluxo alcalino gástrico, tem pouca resposta ao uso de medicações. Cirurgias como funduplicaturas por via laparoscópica, tanto de Nissen, Dor ou Toupet, trazem alta satisfação nos pacientes (Kasugai e Ogasawara, 2024).

Fatores como a existência de motilidade esofágica ineficaz (MEI), distúrbio esofágico recentemente proposto, estão relacionados às características dinâmicas esofágicas na DRGE, sua patogênese e na escolha de métodos de tratamento. A funduplicatura de Nissen, embora não seja adequada para pacientes com distúrbios graves da motilidade esofágica, segue como a operação básica para a cirurgia antirrefluxo e a presença de MEI não deve ser uma contraindicação para a utilização dessa abordagem cirúrgica. Estudos que utilizaram a manometria de alta resolução para avaliar a motilidade esofágica em pacientes com DRGE e MEI antes e depois do procedimento evidenciaram melhora significativa dos sintomas clínicos e da motilidade esofágica no pós-operatório (Zheng et al., 2021).

Tratamento de DRGE por radiofrequência anti-refluxo e funduplicatura transoral sem incisão (TIF) são métodos endoscópicos aceitos, porém não se aplicar em pacientes com esofagite grau C ou D, hérnias hiatais > 2cm, estenoses esofágicas ou esôfago de Barrett. Porém não existem dados sólidos que sustentem a utilização de uma técnica ou outra, devendo-se individualizar conforme os sintomas e características do paciente (Katz et al., 2022).

Para pacientes obesos, o Bypass Gástrico em Y de Roux torna-se uma opção atrativa para o tratamento do DRGE, auxiliando tanto no refluxo como no tratamento da obesidade, um dos principais fatores de risco para essa patologia, sendo esse procedimento muitas vezes utilizado como primeira escolha de tratamento cirúrgico desses pacientes. Nesse tipo de cirurgia, o estômago remanescente produz significativamente menos ácido que o normal e, além disso, o uso de uma alça alimentar longa previne o refluxo biliar, presente em muitos dos casos. Algumas bibliografias sugerem que a cirurgia anti-refluxo isolada em pacientes obesos possui uma maior taxa de recorrência dos sintomas, contudo, há muita controvérsia na literatura acerca dessa abordagem pela falta de ensaios clínicos randomizados, como também pela grande variação de resultados em revisões sistemáticas atuais, havendo então que ponderar os benefícios de indicar um procedimento que agrega maior morbidade ao paciente em comparação ao risco de recorrência dos sintomas (Katz et al., 2022).

4 CONCLUSÃO

O manejo cirúrgico da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) por meio da Fundoplicatura Antirrefluxo Laparoscópica (LARS) demonstra ser uma estratégia altamente eficaz para pacientes adequadamente selecionados com DRGE refratária. Seu sucesso, no entanto, é indissociável de uma rigorosa estratificação pré-operatória, que visa diferenciar a verdadeira refratariedade de desordens funcionais ou terapêuticas inadequadas.

Nesse contexto, o protocolo diagnóstico é o pilar da indicação cirúrgica segura: a Endoscopia Digestiva Alta (EDA), preferencialmente após suspensão dos Inibidores de Bomba de Prótons (IBPs), avalia lesões mucosas e hérnias hiatais; a Manometria Esofágica de Alta Resolução é indispensável para descartar distúrbios motores graves e guiar a técnica de fundoplicatura, prevenindo complicações como a disfagia; e a pH-Impedanciometria esofágica de 24 horas atua como padrão-ouro para documentar objetivamente o refluxo patológico (ácido e não ácido).

Revisões sistemáticas e meta-análises corroboram que, quando o diagnóstico de refluxo patológico é firmemente estabelecido, a LARS proporciona um alívio sintomático superior e maior satisfação do paciente em longo prazo, comparativamente ao tratamento clínico otimizado. Em suma, a intervenção cirúrgica, que atualmente é realizada com segurança aprimorada e menor morbimortalidade, deve ser encarada não como uma consequência do insucesso clínico, mas como a culminação de uma avaliação funcional completa. A integração criteriosa de dados clínicos e resultados de exames objetivos é, portanto, o elemento crucial para garantir desfechos positivos e duradouros na abordagem da DRGE refratária.

REFERÊNCIAS

CHEN, J. W. et al. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Extraesophageal Gastroesophageal Reflux Disease: Expert Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 21, n. 6, p. 1414-1421, 2023.

CUI, N. et al. Laryngopharyngeal reflux disease: Updated examination of mechanisms, pathophysiology, treatment, and association with gastroesophageal reflux disease. *World Journal of Gastroenterology*, v. 30, n. 16, p. 2209-2219, 2024.

KASUGAI, K.; OGASAWARA, N. Gastroesophageal Reflux Disease: Pathophysiology and New Treatment Trends. *Internal Medicine*, v. 63, n. 1, p. 1-10, 2024.

KATZ, P. O. et al. ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*, v. 117, n. 1, p. 27-56, 2022.

UGLIONO, E. et al. Laparoscopic antireflux surgery for refractory gastroesophageal reflux disease: long-term clinical outcomes. *Updates in Surgery*, v. 75, n. 4, p. 979-986, 2023.

WU, G. et al. Unraveling the causality between gastroesophageal reflux disease and increased cancer risk: evidence from the UK Biobank and GWAS consortia. *BMC Medicine*, v. 22, n. 1, p. 323, 2024.

ZHENG, Z. et al. Current Advancement on the Dynamic Mechanism of Gastroesophageal Reflux Disease. *International Journal of Biological Sciences*, v. 17, n. 15, p. 4154-4164, 2021.