

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

HÉRNIA HIATAL – ASPECTOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS
ANÁLISE DE 100 CASOS

CARLOS CUNHA OLIVEIRA
PAULO GUILHERME DE OLIVEIRA BARBALHO JUNIOR

BELÉM – PARÁ
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

HÉRNIA HIATAL – ASPECTOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS
ANÁLISE DE 100 CASOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do grau em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Tude Henriques de Menezes
Neto.

Belém-Pará
2006

CARLOS CUNHA OLIVEIRA
PAULO GUILHERME DE OLIVEIRA BARBALHO JUNIOR

HÉRNIA HIATAL – ASPECTOS CLÍNICOS E ENDOSCÓPICOS
ANÁLISE DE 100 CASOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do grau em Medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Tude Henriques de Menezes
Neto.

BANCA EXAMINADORA

Julgado em: ____/____/____

Conceito: _____

RESUMO

As Hérnias Hiatais são entidades patológicas anatomicamente definidas, porém de etiologia ainda incerta e quadro clínico inespecífico. Apesar de alguns casos serem de origem congênita, as Hérnias de Hiato Esofágico costumam aparecer mais tardiamente na vida e são consideradas como de etiologia principalmente adquirida. Visando investigar a gênese das hérnias de hiato, bem como caracterizar o quadro clínico deste agravo, foram estudados os prontuários de 100 pacientes, 72 do sexo masculino e 28 do sexo feminino, com idades entre 15 e 74 anos, atendidos na Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr Tude Menezes, localizada em Belém, Pará, no período de janeiro de 2004 à junho de 2005. Foram avaliados os sintomas mais freqüentes apresentados pelos pacientes, os tipos de hérnia hiatal diagnosticados através de Endoscopia Digestiva Alta e as patologias endoscópicas associadas, além da pesquisa de *Helicobacter pylori*. Os sintomas mais freqüentes foram a pirose e a sensação de plenitude gástrica. Todos os casos apresentavam hérnia de hiato do tipo deslizamento e a patologia associada mais freqüente foi a gastrite. A pesquisa de *H. pylori* se mostrou positiva em 46% dos casos. Estabelecer um quadro clínico mais fidedigno das Hérnias Hiatais requer ainda mais estudos, para uma melhor definição do perfil clínico e, assim, facilitar o diagnóstico precoce e eficaz das hérnias de hiato, para só então instituir a terapêutica mais adequada.

Palavra Chave: Hérnia Hiatal, Endoscopia Digestiva Alta, Gastroenterologia.

ABSTRACT

The Hiatal Hernias are pathologic entities anatomically defined, but still with uncertain genesis and nonspecific clinical profile. Although a few instances are congenital, esophageal hiatal hernias usually appear later in life and are considered to be acquired. In order to investigate the hiatal hernias genesis, and so characterize the symptomatology, it had been studied the medical profiles of 100 patients, 72 male and 28 female, ages between 15 to 74 years old, attended on Dr Tude Menezes Gastroenterology and Endoscope Clinic, located at Belém, Pará, on period from January 2004 to June 2005. It had been studied the patients most frequent symptoms, hiatal hernia kinds diagnosed by high digestive endoscopy and associated endoscopic pathologies, and so *Helicobacter pylori* research. The most frequent symptoms were pyrosis and postprandial sensation. All cases were sliding hernias and the most frequent associated pathology was gastritis. *Helicobacter pylori* research was positive in 46% cases. Establish a trustworthy clinical profile requires more studies, for a better definition and, then make easy the early and efficient diagnosis of hiatal hernias and so the right therapy can be set up.

Key-Words: Hiatal Hernia, High Digestive Endoscopy, Gastroenterology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 – Conceito	11
1.2 – Considerações Gerais	12
1.3 – Classificação das Hérnias Hiatais	13
1.4 – Quadro Clínico	15
1.5 – Diagnóstico	17
1.6 – Tratamento	22
1.7 – Complicações	25
1.8 – Prognóstico	25
 2. MATERIAIS E MÉTODOS	 27
 3. RESULTADOS	 28
 4. DISCUSSÃO	 32
 5. CONCLUSÃO	 34
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 35

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Tude Menezes, pela orientação e auxílio na confecção deste trabalho;

À Sra. Socorro Carvalho, pela paciência e colaboração com nossa pesquisa;

À todos que de forma direta ou indireta colaboraram para a realização deste trabalho.

**“A persistência é o caminho do êxito”
(Charles Chaplin)**

À Deus, em primeiro lugar, por iluminar sempre o meu caminho, me guiar nos momentos de incerteza e me dar forças nos momentos de fraqueza.

Aos meus pais, Paulo e Rita, pelo apoio, dedicação, amor e sacrifícios dedicados à mim, em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos, Rodrigo e Taise, pelo amor, paciência e compreensão dedicados a mim.

Paulo Guilherme

À todos que de alguma forma me ajudaram a vencer a batalha mais importante de minha vida.

Carlos

LISTA DE ABREVIATURAS

HH – Hérnia Hiatal

EIE – Esfíncter Inferior do Esôfago

DRGE – Doença do Refluxo Gastroesofágico

RGE – Refluxo Gastroesofágico

IBP – Inibidor da Bomba de Prótons

DTNC – Dor Torácica Não Cardíaca

FBG – Federação Brasileira de Gastroenterologia

HCl – Ácido Clorídrico

1. INTRODUÇÃO

As Hérnias Hiatais (HH) são entidades patológicas anatomicamente definidas, porém de etiologia ainda incerta e quadro clínico inespecífico. Apesar de alguns casos serem de origem congênita, as Hérnias de Hiato Esofágico costumam aparecer mais tardiamente na vida e são consideradas como de etiologia principalmente adquirida.

O estudo das possíveis causas de HH, bem como a análise do quadro clínico apresentado pelos pacientes portadores de HH, constitui-se numa importante referência e devem ser avaliados, permitindo assim que se possa intervir sobre os fatores causais, buscando evitar o aparecimento dessa patologia.

A Hérnia de Hiato aparece com um dos defeitos mais prevalentes do trato gastrointestinal no Oeste do mundo. Existem evidências de que as hérnias de hiato são mais comuns em mulheres de uma forma geral, e em ambos os sexos com o avançar da idade (SIVAK, 2002).

As hérnias de hiato têm sido achados comuns em pessoas que apresentavam doença ulcerosa péptica, esclerodermia, espondilite anquilosante e cifose. São consideradas raras em associação com a acalasia em diversos estudos (1,5% a 2,3%), apesar de existirem trabalhos reportando achados de associação das duas entidades em até 12,5% dos casos estudados. Variações nos critérios de diagnóstico podem justificar a variação encontrada nessas diferenças de incidência (SIVAK, 2002).

A incidência das HH aumenta à medida que o indivíduo avança em anos, de modo que ao ultrapassar a sétima década 20% deles já mostram sinais radiológicos e/ou endoscópicos de sua presença. Embora vários fatores possam participar da gênese dessas hérnias, o alargamento do hiato esofágico do diafragma e o afrouxamento dos elementos de manutenção do estômago na cavidade abdominal desempenham papel importante nesse sentido, pois tratam-se de condições que se acentuam com a idade (SERRO AZUL et al, 1981).

1.1-Conceito

Denomina-se de hérnia hiatal, a protrusão de parte do estômago (ou todo ele, acompanhado ou não por outros órgãos do sistema digestivo) para o tórax, através do hiato esofágico. As

hérnias do hiato esofágico constituem uma modalidade de hérnia diafragmática, sendo a modalidade mais freqüente entre estas.

1.2-Considerações Gerais

As hérnias hiatais são mais freqüentes que a soma conjunta de todos os defeitos do diafragma. Tais anormalidades alteram a estrutura desse órgão, causam ocasionalmente sintomas importantes e, até mesmo, a morte de pacientes não oportunamente diagnosticados e adequadamente tratados. Na formação da hérnia do hiato esofágico entra em jogo uma combinação de fatores predisponentes e fatores causais (CORRÊA, 1994).

Dentre os fatores predisponentes destaca-se o alargamento do hiato esofágico, resultante principalmente do relaxamento muscular conseqüente a emagrecimento acentuado. O alargamento do hiato faz surgir outro fator predisponente, que é a distensão da membrana freno-esofágica, responsável pelo maior deslizamento da porção terminal do esôfago através do hiato esofágico (CORRÊA, 1994).

Existem ainda outras estruturas anatômicas envolvidas na gênese das HH. O ângulo esofagogástrico (ângulo de His), normalmente agudo, pode tornar-se aberto ou mesmo desaparecer em casos de hérnia hiatal por deslizamento.

Anatomicamente, o hiato esofágico é formado pelo entrecruzamento dos pilares diafragmáticos, ficando o orifício circunscrito pelas fibras musculares e seu calibre determinado por elas. O hiato esofágico permite que haja pequena ascensão ou descida da junção esofagogástrica através do hiato esofágico, garantindo-lhe certa mobilidade. Quando este hiato sofre aumento do seu calibre acaba permitindo a passagem de parte ou até mesmo de todo o estômago para a cavidade torácica, originando então a hérnia hiatal.

A artéria gástrica esquerda, que surge a partir do tronco celíaco, apresenta um curto trajeto e prende-se à parede gástrica. Sendo assim, representa ela um meio de contenção de maiores excursões do estômago para o tórax.

O ligamento freno-esofágico, reflexão do folheto peritoneal, se insere como uma luva nos centímetros terminais do esôfago, impedindo sua mobilização excessiva.

O ligamento esofágico inferior ou, como é mais conhecido, esfíncter esofágico inferior, o qual situa-se logo abaixo da ampola frênica (que é limitada superiormente pelo ligamento freno-esofágico), constitui uma formação esfíncteriana, mais funcional que anatômica, a qual permite regular o escoamento do conteúdo esofágico e, ao mesmo tempo, impedir o refluxo gastroesofágico.

Todas essas estruturas anatômicas constituem os chamados mecanismos anátomo-funcionais envolvidos na natureza das hérnias hiatais.

No entanto, a simples presença de fatores predisponentes não é suficiente para a formação da HH. Eis então que entram em jogo os fatores causais, cuja base é o aumento da pressão intra-abdominal o qual empurraria as vísceras abdominais através do hiato esofágico. Pode verificar-se aumento brusco da pressão intra-abdominal em consequência de esforço fisiológico, tal como tosse, defecação, flexão do tronco sobre o abdome ou de traumatismos indiretos (CORRÊA, 1994). Diz-se que nos obesos a pressão intra-abdominal é mais elevada, razão pela qual o estômago seria deslocado para o tórax. A grande incidência de hérnia hiatal nas gestantes é atribuída ao aumento da tensão intra-abdominal, pressionando o estômago em direção ao tórax (PENTEADO, 1977).

Existem ainda outros fatores citados na literatura que estariam envolvidos na etiologia das hérnias hiatais. Penteado cita os traumas abdominais, as intervenções cirúrgicas na transição esofagogástrica, a hipersecreção e hipercloridria gástrica como fatores predisponentes ao desenvolvimento das hérnias de hiato esofágico. A idade é outro fator também citado, pois com o avanço da idade, a frouxidão e a perda de elasticidade dos tecidos – fenômenos comuns ao envelhecimento – levariam à instalação de um quadro propício ao desenvolvimento das hérnias hiatais.

1.3-Classificação das Hérnias Hiatais

A classificação preconizada atualmente corresponde à classificação proposta por Akerlund em 1926, que se baseia nas características anatômicas das hérnias hiatais.

a-)Braquiesôfago ou Esôfago Curto

Atualmente há muitas dúvidas e controvérsias a respeito de sua incidência, importância clínica e conceituação como entidade mórbida independente. O que se questiona não é o encurtamento do esôfago, comumente observado na doença do refluxo gastroesofágico complicado (no qual a junção esofagogástrica está situada acima do diafragma em consequência da fibrose e de aderências que se originariam a partir de lesões inflamatórias do terço inferior do esôfago, provocadas pelo refluxo de suco gástrico), mas sim a origem congênita, nunca comprovada, como doença isolada ou pura. Alguns negam essa possibilidade ou apenas a admitem como ocorrências extremamente raras; outros relatam sua presença na infância, embora quase sempre de forma assintomática. Nessa eventualidade, o ligamento freno-esofágico estaria normal, não existiria o saco herniário, a artéria gástrica esquerda não estaria deslocada para cima e nenhum tipo de tratamento estaria indicado. Alguns autores afirmam que essa possível má formação congênita seria menos rara no sexo masculino, associando-se a estenose pilórica, má rotação, à chamada síndrome de Marfan e outras anomalias congênitas de natureza familiar.

b-)Hérnia Hiatal por Deslizamento, Hiatal, Axiais, Diretas ou *Sliding* hérnias.

Constituem o tipo mais comum de hérnia, cerca de 90% das hérnias hiatais (CORRÊA, 1994). Neste caso há apenas ascensão direta do estômago através do hiato, desfazendo-se total ou parcialmente o ângulo esofagogástrico. Este tipo é também denominado concêntrico, pois o esôfago junta-se ao estômago segundo uma linha reta, imediatamente adjacente ou próxima ao ápice deste último órgão.

Não são freqüentemente observadas em recém nascidos e sua origem congênita ainda não está bem estabelecida, apesar de que, observações clínicas e levantamentos estatísticos demonstrem uma predominância familiar e alta incidência em idosos.

As principais condições necessárias para o aparecimento da hérnia por deslizamento são o aumento do hiato esofágico do diafragma e um relaxamento ou fraqueza do ligamento freno-esofágico. Não se forma um saco herniário verdadeiro, porém parte do estômago pode assumir posição mediastinal e o peritônio se posiciona forrando posteriormente o mediastino.

Em certos casos há formas mistas, com conservação ou acentuação do ângulo de His (à semelhança do tipo paraesofágico), porém com esôfago em posição alta (simulando hérnia por deslizamento).

Quando pequenas, essas hérnias são de difícil demonstração; entretanto não obstante seu pequeno tamanho, podem acompanhar-se de refluxo gastroesofágico (PENTEADO, 1977).

c)Hérnias Paraesofágicas, Parahiatais, Estômago Intratorácico ou por Rolamento.

A característica fundamental das hérnias paraesofágicas é a penetração do fundo gástrico para o tórax através do hiato anormalmente aumentado, e a não herniação da junção esofagogástrica (o cárdia mantém-se firme em seu lugar, ou seja, em nível inferior a dois centímetros da impressão esofágica do diafragma, fixa pelo ligamento freno-esofágico posterior). Às vezes herniam-se também partes do cólon transversal, omento e outras vísceras abdominais.

Nesta modalidade há formação de saco herniário verdadeiro. São menos freqüentes que as hérnias hiatais por deslizamento, e sua incidência é menos rara em pessoas idosas do que em jovens e crianças.

1.4-Quadro clínico

Em grande parte dos casos os pacientes portadores de HH se apresentam assintomáticos, sendo as hérnias hiatais descobertas inesperadamente em exames propedêuticos de rotina. Quando presentes, os sinais e sintomas são diversos. Os sintomas são principalmente torácicos, em decorrência da presença do estômago na cavidade torácica, e digestivos.

As hérnias por deslizamento se apresentam em sua maioria de forma assintomática, sendo, portanto, achados inesperados em exames propedêuticos de rotina. Não dá sintomas torácicos, pois não atinge volume tal a provocar tais sintomas, e os sintomas digestivos em geral são conseqüentes mais da esofagite, secundária ao refluxo gastroesofágico, do que ao volume herniário. As Hérnias paraesofágicas em geral são assintomáticas ou com sintomas brandos. Em geral o doente convive com esses sintomas até que sobrevenha alguma complicação: hemorrágica ou obstrutiva.

Os sintomas dependem, basicamente, da incontinência do mecanismo de prevenção do refluxo gastroesofágico que originará a esofagite. As principais manifestações clínicas do refluxo e da reação inflamatória que determina são a pirose, regurgitação alimentar e/ou de suco gástrico, eructação e, por vezes, dor retroesternal. Disfagia surge como resposta da musculatura do esôfago ao refluxo, ocasionando espasmo, ou em decorrência da diminuição da luz esofágica, por edema ou pela formação de tecido cicatricial (PENTEADO, 1977).

A pirose se apresenta como sintoma mais comum, podendo ser de localização epigástrica ou retroesternal. Nota-se que a pirose piora no período pós-prandial imediato, especialmente após refeições mais volumosas ou constituídas de alimentos quimicamente irritantes para a mucosa do esôfago. Ao assumir a posição de decúbito após as refeições é possível também perceber piora do quadro de pirose. Às vezes o paciente é despertado pelo sintoma, acompanhado de regurgitação de suco gástrico para a boca. Em certos casos a eructação vem acompanhada de pirose sendo seguida por azedua na boca. Isso pode acontecer quando o paciente tosse, ao fletir o tórax, ao realizar esforços (como o da defecação), ou quando há aumento da pressão intra-abdominal. Chás, cafés, álcool, alimentos mais temperados quando ingeridos podem levar à manifestação dos sintomas em virtude de sua propriedade de provocar relaxamento do esfíncter esofágico inferior.

A eructação, sintoma comum entre os portadores de HH por deslizamento, é mais observada após as refeições, em especial quando os alimentos são mastigados rapidamente. A regurgitação é menos comum, surgindo após refeições mais volumosas ou durante o sono, quando o paciente pode observar restos de alimentos ingeridos no jantar sobre o travesseiro (PENTEADO, 1977).

A dor retroesternal pode seguir-se à pirose, se de pequena intensidade e desaparecer rapidamente, ou apresentar caráter constritivo, intenso, irradiando-se para os ombros e o membro superior esquerdo, refletir-se para a região dorsal, simulando as manifestações dolorosas decorrentes dos processos isquêmicos do miocárdio. Pode surgir no período pós-prandial ou despertar o paciente durante a noite; repete-se com dias de intervalo ou após longos períodos de acalmia (PENTEADO, 1977).

A odinofagia é sintoma raro, podendo ser encontrado nas fases de agudização da esofagite e surgindo de modo mais intenso quando da ingestão de alimentos irritantes da mucosa esofágica.

Outros sintomas que podem ser encontrados na hérnia hiatal por deslizamento:

- a-)Disfagia – acompanhada ou não de esofagite péptica. Apresenta-se com caráter progressivo, quando dependente de processo inflamatório, ou de modo abrupto, em virtude do edema que acompanha áreas cronicamente inflamadas em agudização, ou por espasmo da musculatura esofágica durante a deglutição.
- b-)Estenose ou espasmo difuso;
- c-)Sintomas cardiorrespiratórios compressivos;
- d-)Válvulas gástricas intratorácicas com suas respectivas repercussões clínicas;
- e-)Sintomas otorrinolaringológicos – a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é causa de rouquidão, laringite, globus (sensação de bolo na garganta), tosse prolongada, asma não-alérgica, erosões dentárias e fator facilitador de infecções crônicas das vias aéreas superiores (otite, sinusite, etc.).
- f-)Acidentes torácicos de origem mecânica;
- g-)Dores torácicas – simulando dor da angina pectoris ou do enfarte do miocárdio.

Outros sintomas que podem acompanhar a hérnia paraesofágica:

- a-)Dispnéia – o paciente relata dispnéia desde adolescência e após ingestão farta de alimentos;
- b-)Pneumonia recidivante – devido à obstrução parcial ao nível da junção esofagogástrica e compressão de ambos os pulmões pela presença do estômago na cavidade torácica, que torna difícil a tosse eficaz e perturba a drenagem dos brônquios de ambos os lobos inferiores;
- c-)Disfagia pós-prandial;
- d-)Náuseas;
- e-)Ulcerações gástricas – devido à dificuldade de esvaziamento gástrico.

1.5-Diagnóstico

a-)Exame Radiológico

No exame radiológico estuda-se a porção inferior do esôfago e a junção cardioesofágica, procurando evidência de hérnia de hiato e refluxo gastroesofágico (RGE).

O diagnóstico radiográfico da HH requer tanto uma avaliação fisiológica quanto radiológica, ambas podendo ser realizadas durante o exame do trato gastrointestinal superior (STIMAC, 1992).

A radiografia simples de tórax pode mostrar a bolha de ar gástrica dentro do tórax, o que faz o diagnóstico (CORRÊA, 1994). Pode-se notar a sombra gasosa do estômago se projetando lateralmente à borda direita do coração. Da mesma forma, algumas hérnias de tamanho médio podem também ser reconhecidas por esse exame, quando a sombra gasosa correspondente ao fundo gástrico se projeta por trás da imagem cardíaca (PENTEADO, 1977).

O exame contrastado do trato gastrointestinal superior permite um diagnóstico mais preciso (COELHO, 1996). A demonstração de refluxo de bário do estômago para o esôfago pode ser efetuada à fluoroscopia pelo uso de diversas manobras, incluindo a colocação da mesa de exame na posição de cabeça abaixada (Posição de Trendelenburg), fazendo-se o paciente executar manobra de Valsalva ou a aplicação de pressão no estômago. A hérnia de hiato é facilmente diagnosticada quando é grande, mas a demonstração de herniações pequenas ou intermitentes requer atenção cuidadosa à técnica (STIMAC, 1992).

Deve-se, entretanto, estar atento para as falsas hérnias do hiato diafragmático resultantes de manobras antifisiológicas, com hiperpressão abdominal exagerada, superior ao poder de contenção do mecanismo da junção esofagogástrica.

Imagens radiológicas de formações fisiológicas do esôfago podem falsear os diagnósticos. É o que acontece, por exemplo, com o denominado Anel de Schatzki, que corresponde à junção esofagogástrica.

O exame em posição de Trendelenburg pode detectar pequenas hérnias hiatais de deslizamento, em cerca de 90% de pacientes idosos, sem maior significado clínico.

Deve-se destacar que no exame radiológico realizado após cirurgia da hérnia hiatal, ocorrem imagens de falha de enchimento, que podem simular processos neoplásicos.

b-)Exame Endoscópico

A esofagoscopia complementa o exame radiológico. É um exame de grande valor e, quando praticado pelo método tradicional deverá ser realizado sob anestesia geral, o que torna o exame mais aceitável pelo paciente e menos perigoso, pois diminui o índice de complicações.

A comprovação da hérnia hiatal pelo método endoscópico não é possível devido à natureza redutível e provavelmente associada ao relaxamento quando se utiliza a anestesia geral. Entretanto, quando se usa o fibroesofagoscópio sob insuflação e anestesia tópica, contando-se com a colaboração do paciente para manobras de esforço adequadas ou empregando-se recursos endoscópicos adicionais, como o da retrovisão do cárdia com insuflação gástrica, tem-se proporcionado comprovação diagnóstica mais freqüente.

De modo geral, o diagnóstico endoscópico é estabelecido quando o endoscopista é capaz de reconhecer: a) *Presença do saco herniário* – presença de pregas da mucosa gástrica no interior do saco herniário; b) *Presença da roseta gástrica* (presença de pregas da mucosa gástrica no interior do saco herniário); c) *Presença do pinçamento diafragmático se fazendo abaixo da linha Z*; d) *Distância inferior a 30 cm entre a junção esofagogástrica e a arcada dentária superior* (distância normal 38 – 40 cm para maioria dos indivíduos longilíneos); e) *Presença de refluxo gastroesofágico*.

Difícilmente observa-se a presença dos cinco sinais em um mesmo paciente. As alterações no pinçamento diafragmático e no tamanho da distância não são válidas para as hérnias paraesofágicas.

c-)Cintilografia

A cintilografia pela Câmara Gama tem sido usada para visualizar e quantificar o esvaziamento gástrico, utilizando-se de substância radioisotópicas marcadas não absorvíveis. É um método não-invasivo que tem ganhado espaço para investigação de doenças do esôfago, particularmente para DRGE (FBG,2004).

O teste é bastante sensível, permitindo o diagnóstico de refluxo em 90% dos pacientes com sintomatologia.

d-) Phmetria esofágica prolongada ou Prova de Refluxo de Ácido

Método desenvolvido na década de 1960, que culminou com a primeira publicação em 1969, é atualmente considerado padrão ouro para identificar o refluxo gastroesofágico (FBG, 2004).

A pHmetria prolongada consiste no registro do pH na luz esofágica durante 24h, sendo o paciente estimulado a manter suas atividades habituais. Existem cateteres com 1 a 4 eletrodos, que devem ser escolhidos de acordo com a suspeita clínica, podendo medir simultaneamente estômago, esôfago distal e proximal e faringe. O eletrodo padrão do método deve ser localizado 5cm cranialmente a borda superior do EIE. Os eletrodos disponíveis atualmente são de vidro ou de antimônio, ambos com boa capacidade de identificar corretamente as variações do pH, apresentando cada um vantagens e desvantagens, sendo o de vidro mais largamente empregado devido ao seu custo menor (FBG, 2004).

O objetivo do exame é identificar os episódios de refluxo ácido (que é considerado o evento mais importante na fisiopatologia da DRGE), permitindo correlacionar os sintomas com estes episódios. Considera-se refluxo ácido quando o pH na luz esofágica é menor ou igual a 4, mas existem estudos sugerindo que deva ser considerado 4,5 ou 5 como valor de corte, principalmente para avaliação de eletrodo proximal ou faríngeo. A pHmetria não tem a capacidade para identificar refluxo alcalino, já que o pH no esôfago é frequentemente 7 ou mais, principalmente durante a deglutição de saliva (FBG, 2004).

Indicações de Phmetria:

a-) Pacientes com sintomas típicos de DRGE que não apresentam resposta satisfatória ao tratamento com Inibidores da Bomba de prótons (IBP's) e nos quais o exame endoscópico não revelou dano à mucosa esofágica. Nesses casos o exame deve ser realizado na vigência de medicação.

b-) Pacientes com manifestações atípicas extra-esofágicas sem presença de esofagite. Nesses casos é recomendada a realização de exame pHmétrico com dois ou mais sensores de pH para caracterização simultânea do refluxo gastroesofágico e do refluxo supra esofágico (laringofaríngeo).

c-) Pré-operatório de casos bem caracterizados em que o exame endoscópico não revelou esofagite.

d-)No controle de pacientes com sintomas discretos porém com refluxo intenso e que necessitam de controle ácido eficiente. Por exemplo: Estenose esofágica péptica e/ou esôfago de Barrett.

Trata-se de mais um exame não específico para o diagnóstico das hérnias hiatais. Cada aparelho realiza o exame em 18 a 24 horas monitorizando simultaneamente o esôfago e faringe para pesquisa de doença do refluxo esofágico e faríngeo (supra-esofágico).

e-)Manometria esofágica computadorizada ou Eletromanometria

Consiste no registro da pressão intraluminal ao nível da transição esofagogástrica, adaptando-se um cateter manométrico à sonda de pH, permitindo avaliar a força de contração do corpo do esôfago e a atividade de seus esfíncteres. É um exame fundamental na abordagem das disfagias de causa obscura, nas doenças sistêmicas que acometem o esôfago, na dor torácica de origem indeterminada e na avaliação pré-operatória da DRGE quando existe suspeita de doença motora associada.

Existem dois sistemas básicos para o registro da motilidade esofágica: o denominado sistema em estado sólido, pois apresenta o manômetro localizado no cateter, com ótima sensibilidade e vantagens na avaliação da faringe. O outro sistema consiste no registro da pressão através de perfusão líquida, amplamente disponível em nosso país. Apresenta boa sensibilidade com limitações apenas no exame da faringe, quando a perfusão continua pode desencadear aumento do tônus ou deglutição (FBG, 2004).

A manometria prolongada, em que o paciente permanece com o cateter por 24h, é método relativamente novo e ainda não tem padronização completamente estabelecida. A sua aplicação está direcionada para investigar dor torácica não cardíaca (DTNC), quando os exames convencionais não conseguiram fazer o diagnóstico (FBG, 2004).

A importância de se realizar a manometria no pré-operatório de DRGE reside no fato de que existe contra-indicação relativa nos casos de atonia grave do corpo esofágico, o que não é aceito por todos, mas a maioria dos pesquisadores considera o risco desta desencadear disfagia no pós-operatório limitante da indicação cirúrgica (FBG,2004).

f-)Teste de Perfusão de Ácido ou Teste de Bernstein

É realizado com a infusão alternada de ácido clorídrico (HCl 0,1 N) e soro fisiológico, 6 a 8 ml/minuto, através de sonda diretamente no terço distal do esôfago. Está indicado para investigar DTNC e é considerado positivo quando o paciente apresenta dor durante a infusão do ácido, que cessa com a salina. Apresenta sensibilidade e especificidade bastante variadas (40 a 80%) e está em desuso atualmente. Pela simplicidade e fácil execução, pode ser ferramenta útil quando não há outros métodos disponíveis.

1.6-Tratamento

Quando não há sintomas, ou quando as queixas são apenas leves ou transitórias, nenhum tratamento parece indicado. Embora uma simples e comum anomalia anatômica raramente seja progressiva, medidas higienodietéticas e cuidados posturais para prevenir o refluxo gastroesofágico são sempre recomendáveis (DANI, 1993).

Segundo a Federação Brasileira de Gastroenterologia, são medidas higienodietéticas cabíveis tanto para a prevenção do refluxo gastroesofágico como para o tratamento da esofagite de refluxo:

- a-)Diminuição da pressão intra-abdominal: neste item incluem-se o tratamento de condições que, direta ou indiretamente, pelo aumento de pressão na cavidade abdominal, podem favorecer a regurgitação gastroesofágica, como por exemplo a constipação intestinal, meteorismo, ascite e o uso de cintas que comprimem o abdome;
- b-)Redução do peso corporal;
- c-)Dificultar o refluxo gastroesofágico: mastigar bem os alimentos, evitar refeições sob tensão emocional (retardo no esvaziamento gástrico) e evitar posições corpóreas que facilitem a passagem do conteúdo gástrico para o esôfago;
- d-)Não se deitar nas duas horas posteriores às refeições;
- e-)Evitar alimentos que irrite a mucosa do esôfago e/ou que favoreçam o refluxo, como frituras, gordurosos, molho de tomates, alho, cebola, doces, chocolates, mentolados, refrigerantes, bebidas alcoólicas, café, chá preto, etc;
- f-)Elevação da cabeceira da cama 15-20 cm;
- g-)Evitar o cigarro;
- h-)Evitar o uso de medicamentos que agridam a mucosa.

Não há um tratamento medicamentoso que seja capaz de curar a hérnia hiatal. No entanto dispõem-se de medicamentos das mais variáveis classes que são capazes de amenizar os sintomas, tratar patologias comumente associadas, ou mesmo complicações da presença da HH, em especial a esofagite de refluxo.

Para o tratamento da DRGE e esofagite de refluxo procura-se fazer uso de algumas das seguintes medicações, principalmente para a proteção da mucosa esofágica:

Os antiácidos, como o próprio nome diz, neutralizam o ácido gástrico e dessa forma neutralizam também o pH ácido no esôfago decorrente do refluxo. As principais substâncias utilizadas como antiácidos são os hidróxidos de alumínio e de magnésio. É importante lembrar que a administração dessas substâncias deve ser feita sempre em solução e nunca em comprimido, já que na forma de suspensão a droga é capaz de cobrir toda a mucosa gástrica, protegendo-a, o que não acontece com o uso de comprimidos, os quais ainda têm como desvantagem o tempo mais demorado para o início de sua ação.

Os antiácidos mais usados no Brasil são compostos por: Hidróxido de Alumínio (330mg), Hidróxido de Magnésio (200mg), Hidróxido de Alumínio/Carbonato de Magnésio, Magaldrato (Aluminato de Magnésio hidratado). Para o alívio temporário de hiperacidez gástrica, utilizar 1 a 2 colheres de sopa. No controle contínuo da acidez, deve-se administrar 1 colher de sopa de 1 em 1 hora;

O sucralfato é um citoprotetor da mucosa, produzindo uma película protetora que bloqueia a difusão retrógrada do ácido gástrico, pepsina e bile. Apresenta como forma de apresentação comprimidos mastigáveis de 1g e flaconetes de 2g/10ml. Posologia cômoda é a de 1 flaconete ou 2 comprimidos 1 hora antes das principais refeições ou ao deitar.

Os antagonistas dos receptores H₂ são drogas também utilizadas no controle da acidez gástrica, impedindo a ligação da histamina aos receptores H₂ na parede do estômago, e assim reduzindo a secreção ácida. Os representantes desse grupo estão disponíveis tanto para administração oral (comprimidos ou suspensão oral) quanto parenteral (injeção intravenosa), sendo eles: cimetidina, ranitidina, famotidina e nizatidina. A administração é mais eficaz quando feita uma vez ao dia antes de dormir devido aos antagonistas de receptores H₂

estarem em mais alta concentração, bloqueando assim, a secreção noturna de ácido, ou duas vezes ao dia em dose fracionada.

Os inibidores da bomba de prótons (IBP's) são considerados pró-drogas que precisam ser ativados para serem eficazes. Para isso o meio ácido é fundamental. Os IBP's são inibidores irreversíveis da bomba de prótons, cuja ação persiste enquanto o medicamento for encontrado no plasma e enquanto não houver a inserção de novas moléculas da bomba protônica na membrana luminal. Dentre os medicamentos IBP's destacam-se o Omeprazol 20mg/dia, Lansoprazol 30mg/dia, Pantoprazol 40mg/dia, Rabeprazol 20mg/dia e Esomeprazol 40mg/dia. Estes medicamentos tem a capacidade de reduzir o pH diário em até 95%.

Em sua maior parte, os indivíduos com HH ou são assintomáticos ou são facilmente tratáveis com acompanhamento médico. Portanto devemos guardar a indicação cirúrgica para aqueles que desenvolvem complicações ou não respondem ao tratamento clínico (PENTEADO, 1977). A correção cirúrgica pode ser necessária em hérnias hiatais associadas com doenças por refluxo gastresofágico complicado e também naqueles pacientes onde os sintomas não possam ser controlados clinicamente. Contudo não se faz necessária na grande maioria dos casos (DANI, 1993).

O tratamento cirúrgico das hérnias hiatais por deslizamento está indicado nas formas complicadas da esofagite de refluxo ou, então, nas formas em que os sintomas são muito exuberantes e refratários à terapêutica clínica (COELHO, 1996).

As hérnias paraesofágicas devem ser tratadas sempre que o diagnóstico for feito em crianças ou adultos jovens. Nos idosos a indicação é feita apenas quando a sintomatologia for exuberante (COELHO, 1996). O tratamento cirúrgico é sempre preconizado nesses casos pois as complicações nesses casos são freqüentes e quando estabelecidas são muito graves, com mortalidade elevada (CORRÊA, 1994). Em pacientes que apresentam grande risco cirúrgico é preferível enfrentar a possibilidade de uma complicação da hérnia em vez de submetê-los ao perigo de uma complicação pós-operatória (PENTEADO, 1977). Se o paciente procura o médico com sinais de encarceramento ou volvo está indicado tratamento cirúrgico imediato (CORRÊA, 1994).

A intervenção cirúrgica consiste na recolocação do esôfago na cavidade abdominal, a aproximação dos pilares do hilo diafragmático (hiatoplastia) e no envolvimento do esôfago distal pelo fundo gástrico (funduplicatura). O tratamento cirúrgico de escolha para DRGE, que é conseqüente principalmente a presença de hérnia hiatal, é a hiatoplastia com funduplicatura a Nissen (Consenso, 2002).

1.7-Complicações

a-)Hemorragias: segundo Penteado, representa a complicação mais freqüente nos portadores de hérnias hiatais por deslizamento, originando-se da mucosa esofágica inflamada, úlcera péptica do esôfago ou da mucosa da bolsa gástrica herniada. Manifesta-se, em geral, por sangramento discreto crônico, que progressivamente conduz o paciente à anemia. Outras vezes o sangramento faz-se de modo agudo, por melena ou hematêmese. Em certos casos pode se manifestar de maneira maciça, exigindo intervenções cirúrgicas de emergência;

b-)Estenose: pode ser parcial ou completa, decorrente do processo de cicatrização inflamatória. Em geral, sua extensão se limita a 2 ou 3cm e se localiza no esôfago distal;

c-)Úlcera péptica do esôfago: ocorre na porção distal do órgão, apresentando-se com sintomatologia semelhante à de localização gastroduodenal, havendo o risco de sangrar, estenotar ou mesmo perfurar;

d-)Perfuração esofágica: pode levar a mediastinite;

e-)Esôfago de Barrett;

f-)Carcinoma de esôfago;

g-)Pneumonia por aspiração: em decorrência da penetração de material regurgitado nos pulmões;

h-)Manifestações precordiais: principalmente nos portadores de HH por rolamento, manifestam-se principalmente por dispnéia, palpitação ou dores precordiais, comumente após as refeições ou em decúbito;

1.8-Prognóstico

O prognóstico das hérnias hiatais está diretamente relacionado à evolução do quadro clínico do paciente. Pacientes assintomáticos ou com sintomas leves, passíveis de serem tratados clinicamente e em acompanhamento, provavelmente não desenvolverão as possíveis complicações.

Os portadores de hérnias paraesofágicas, cujo tratamento cirúrgico é quase obrigatório, não apresentam mau prognóstico desde que não tenham condições concomitantes que tornem o ato cirúrgico de alto risco para o paciente.

De maneira geral, as hérnias de hiato esofágico possuem um bom prognóstico e as formas de tratamento, sejam elas clínicas ou cirúrgicas, estão em constante evolução, permitindo assim uma variedade de opções terapêuticas que serão escolhidas de acordo com cada caso.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido através de um estudo documental, retrospectivo. Os dados foram coletados dos prontuários dos pacientes com hérnia hiatal, atendidos na Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, localizada em Belém, Pará, no período de janeiro de 2004 à junho de 2005.

Os dados referentes aos pacientes foram obtidos de prontuários individuais, os quais identificam informações sobre a idade, sexo, procedência, sintomatologia e achados endoscópicos encontrados nesses pacientes sendo esses dados catalogados em nosso protocolo de pesquisa (**apêndice 02**).

Os exames endoscópicos foram realizados utilizando-se o aparelho Panendoscópio, modelo EG-290P, da marca PENTAX, respeitando-se no preparo do paciente, jejum absoluto de no mínimo 06 (seis) horas, com aplicação de anestesia tópica da orofaringe, em média 06 (seis) borrifadas, de Xilocaína spray a 10%. Os pacientes são colocados em decúbito lateral esquerdo, introduzindo-se o endoscópio até a segunda porção do duodeno, examinando-se todo o trajeto durante a introdução e durante a retirada do aparelho.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes atendidos no período de janeiro de 2004 a junho de 2005 e que foram submetidos à Endoscopia Digestiva Alta, na qual tenha sido evidenciada a presença de Hérnia de Hiato, independente da sintomatologia e da presença de outros achados. Foram excluídos do estudo todos os pacientes nos quais não foi diagnosticado endoscopicamente a presença de Hérnia Hiatal.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os princípios estabelecidos na Resolução nº196/96 e seus complementares, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e teve seu anteprojeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará.

Os dados coletados foram tabulados em planilha Microsoft Office Excell 2003 e analisados para identificação da significância dos resultados.

3. RESULTADOS

No período de janeiro de 2004 a junho de 2005, foram realizados na Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, 312 exames de endoscopia digestiva alta. Dentre estes, 100 (32,05%) exames diagnosticaram a presença de Hérnia de Hiato Esofágico. Entre os 100 pacientes diagnosticados, 72 (72%) eram do sexo masculino e 28 (28%) do sexo feminino, conforme demonstra o **Gráfico 01**.

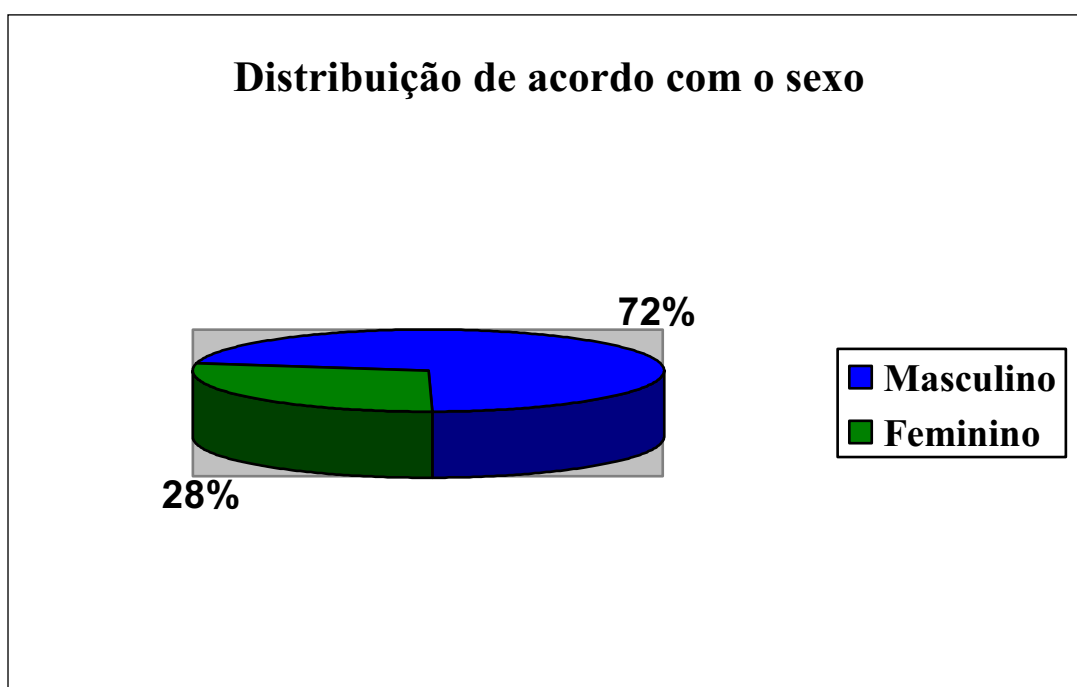


Gráfico 01. Distribuição de acordo com o sexo dos pacientes estudados.

Fonte: Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, Belém-PA.

A faixa etária dos pacientes estudados variou dos 15 aos 74 anos (**Gráfico 02**).

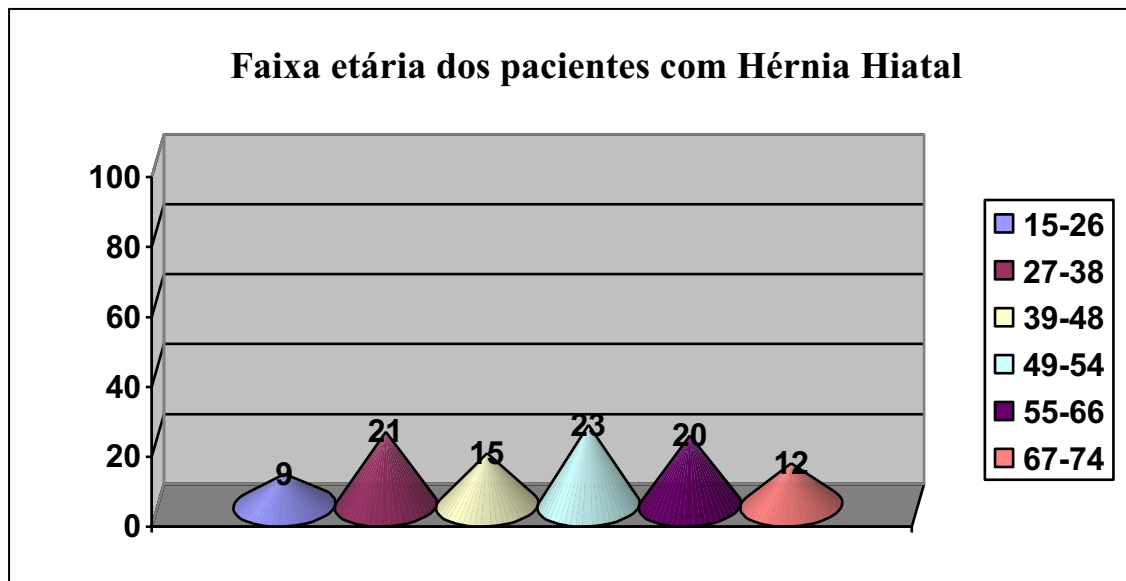


Gráfico 02. Distribuição dos pacientes estudados de acordo com a faixa etária.

Fonte: Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, Belém-PA.

Ao investigar os principais sintomas apresentados pelos pacientes portadores de Hérnia de Hiato esofágico, verificou-se que os sintomas mais frequentes são a pirose/azia em 100% dos casos, Sensação de Plenitude gástrica em 84% dos casos, Sensação de Refluxo em 74% dos casos, e dor epigástrica em 68% (**Gráfico 03**).

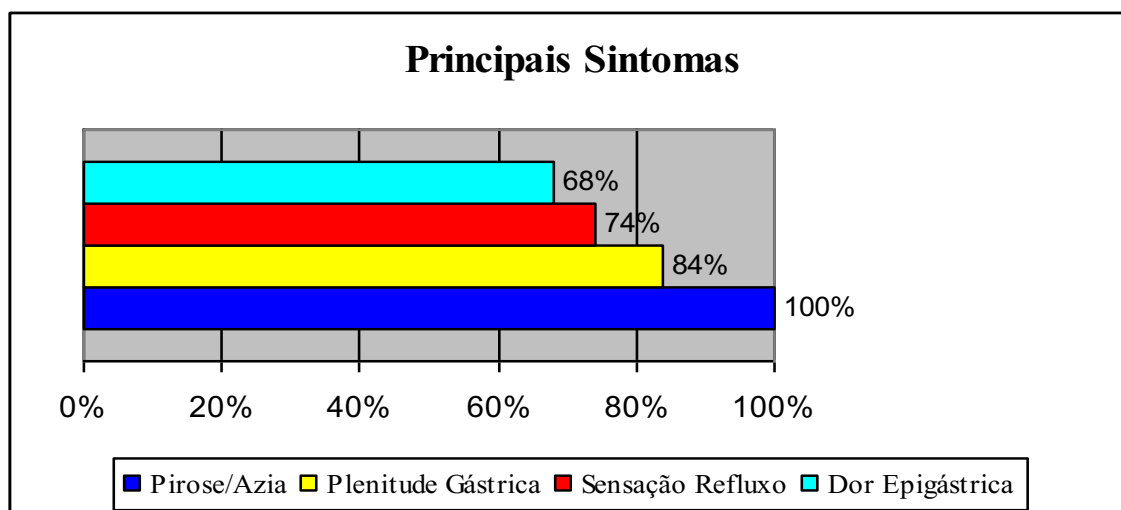


Gráfico 03. Distribuição dos principais sintomas nos pacientes avaliados.

Fonte: Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, Belém-PA

Ao se investigar os tipos de hérnia encontrados verificou-se que todos os casos (100%) foram de hérnias de hiato por deslizamento.

Os pacientes estudados apresentavam ainda outras patologias associadas, as quais deixam em dúvida se o quadro clínico desses pacientes se deve à presença da hérnia de hiato ou à(s) patologia(s) associada(s). Dentre esses achados destacam-se as gastrites em 100% dos casos, duodenites em 62% dos casos, úlcera duodenal em 12% e úlcera gástrica em 1% (**Gráfico 04**).

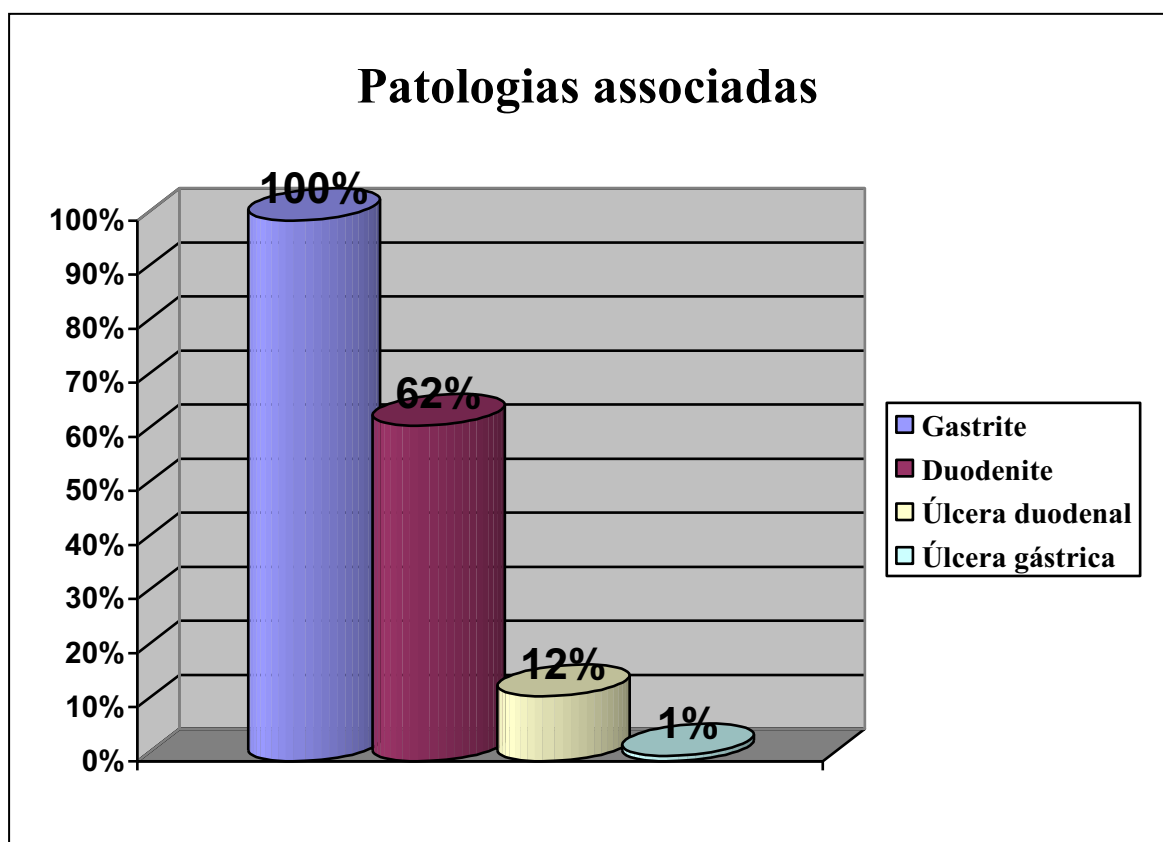


Gráfico 04: Principais patologias associadas.

Fonte: Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, Belém-PA.

Todos os pacientes foram submetidos à pesquisa de *Helicobacter pylori* através da colheita de biópsias para estudo histopatológico. A maioria dos pacientes (54%) mostrou-se *H. pylori* negativo (**Gráfico 05**).

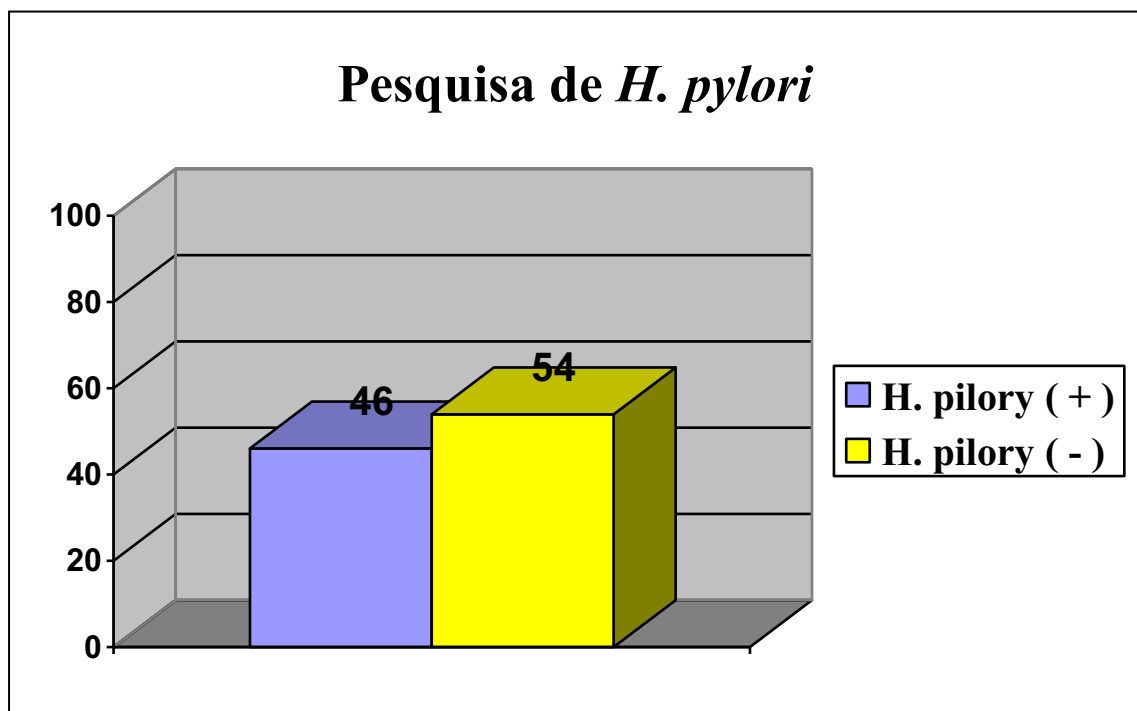


Gráfico 05. Resultado da pesquisa de *H. pylori* nos pacientes avaliados.

Fonte: Clínica de Gastroenterologia e Endoscopia Dr. Tude Menezes, Belém-PA

4. DISCUSSÃO

Ao se tentar estabelecer um perfil clínico-epidemiológico para os pacientes portadores de HH, observamos que a maioria são mulheres (72%), na faixa etária de 49 a 54 anos. Não foram encontrados, na literatura consultada, dados referentes à frequência das hérnias hiatais de acordo com o sexo. Quanto a faixa etária mais prevalente do agravo, uma referência encontrada no Gastroenterologic Endoscopy (SIVAK, 2002), refere serem as hérnias hiatais usualmente encontradas em períodos mais tardios da vida, sem, no entanto, indicar uma faixa etária específica. COELHO (1996) refere não ser possível precisar a incidência da HH, porém sabe-se que o diagnóstico é mais freqüente na sexta década de vida.

Avaliando-se os dados encontrados em nossa pesquisa, verificou-se que, dentre os sintomas mais freqüentes, a pirose e a sensação de refluxo foram os sintomas relacionados às HH mais importantes (100% e 74% respectivamente). Este dado está de acordo com a literatura consultada (DANI, 1993; CORREA, 1994; COELHO, 1996; CASTRO, 1996), que cita a pirose e a sensação de refluxo como os sintomas mais comuns. No entanto, pelo estudo realizado não é possível afirmar com segurança que a pirose seja em virtude da presença da HH, já que a gastrite, encontrada em 100% dos pacientes, também tem a pirose como integrante do seu quadro clínico. Os outros sintomas mais freqüentes, sensação de plenitude gástrica e dor epigástrica, não são citados na literatura (DANI, 1993; CORREA, 1994; COELHO, 1996; CASTRO, 1996) como sintomas provocados pela HH. Acreditamos que a literatura esteja correta e correlacionamos estes sintomas às patologias associadas que foram encontradas quando do diagnóstico das hérnias.

Em nossa casuística, 100% dos casos estudados corresponderam a Hérnia de Hiato por deslizamento, fato este que está de acordo com a literatura, a qual cita este tipo de hérnia como a grande representante com cerca de 90% dos casos (DANI, 1993). Coelho (1996) refere que a análise de diferentes casuísticas sugere que as hérnias por deslizamento são as mais freqüentes, apesar de não precisar a proporção da frequência.

Todos os pacientes foram submetidos à Biópsia para estudo Histopatológico e Pesquisa de *Helicobacter pylori*, obtendo-se negatividade em 54% dos casos. Poderia haver alguma relação entre a infecção e a gênese da HH? Não foram encontrados estudos sobre essa

correlação na literatura médica consultada, mas como a etiologia das hérnias de hiato continua incerta, talvez seja uma hipótese a ser considerada.

CONCLUSÃO

A evolução da medicina proporcionou inúmeros meios diagnósticos para diversas doenças. No entanto, a clínica sempre foi, é e continuará sendo soberana, pois se a clínica não fornecer os subsídios necessários para se pensar no diagnóstico correto, não será solicitado o exame complementar mais adequado.

Com os dados clínico-epidemiológicos encontrados no estudo é possível se pensar nas hérnias de hiato não como um achado endoscópico, mas como uma patologia que pode ser incluída na lista dos diagnósticos diferenciais de pacientes com sintomas dispépticos, principalmente para as mulheres com idade entre 49 e 54 anos, com queixas de pirose e sensação de refluxo.

A frequência com que foram encontradas patologias associadas pode indicar as hérnias de hiato como possíveis causadoras dessas patologias. A concomitância dessas patologias com as hérnias hiatais não nos permite identificar se a sintomatologia é decorrente da HH em si ou da patologia associada.

Existe uma carência na literatura atual de trabalhos acerca do quadro clínico e epidemiológico das hérnias de hiato, fato este que dificultou o estudo. Os trabalhos atuais envolvendo as hérnias de hiato só dizem respeito a novas técnicas de tratamento cirúrgico.

Estabelecer um quadro clínico mais fidedigno para, assim, facilitar o diagnóstico precoce e eficaz das hérnias de hiato, para só então instituir a terapêutica mais adequada, requer ainda mais estudos para uma melhor definição do perfil clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, L.P., ROCHA, P.R.S. **Controvérsias em Gastroenterologia**. 1996.

COELHO, J.C.U. **Aparelho Digestivo – Clínica e Cirurgia**. 2 ed. São Paulo: Medsi, 1996. p. 84-87.

CORREIA, A.N. **Clínica Cirúrgica**. 4 ed. v.4. São Paulo: 1994. p. 71-82.

DANI, R., CASTRO, L.P. **Gastroenterologia Clínica**. 3 ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p. 405-427.

FBG, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. **Condutas em Gastroenterologia**. Revinter, 2004.

FERRARI, A.P.J. **Atlas de Endoscopia Digestiva**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 2000. p. 89-96.

MENEZES, T.H.N. **Estudo Endoscópico das Hérnias de Hiato**. Universidade Federal do Pará, Centro de Ciências da Saúde, Propedêutica Médica II. Belém, PA.

PENTEADO, J.F., ROCHA, A.F.G. **Conceitos Atuais em Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. p.16-42.

SERRO AZUL, L.G.C.C. et al. **Clínica do Indivíduo Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 94p.

SIVAK, M.V.J. **Gastroenterologic Endoscopy**. 2 ed. 2002.

STIMAC, G.K. **Introdução ao Diagnóstico por imagens**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

VASCONCELOS, E.M. **Atualização Terapêutica e Medicamentosa nas Doenças Cloridropépticas**. Grupo de Estudos Dr. Tude Menezes.

Apêndice 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

PROJETO: Hérnia Hiatal – Aspectos Clínicos e Endoscópicos – Análise de 100 casos

ESCLARECIMENTO DA PESQUISA

Pesquisa dos aspectos clínicos e endoscópicos das hérnias hiatais, em portadores desta patologia, com o intuito de se correlacionar os achados endoscópicos com a sintomatologia clínica. As informações adquiridas serão utilizadas para a obtenção dos dados necessários a realização da pesquisa, sem quaisquer riscos aos sujeitos pesquisados e sendo estes beneficiados de forma indireta, através do estudo detalhado de sua patologia, possibilitando melhor conhecimento da mesma, e possíveis melhoramentos na abordagem e condução desta doença. É importante ficar claro que, estão os mesmos livres para se retirar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejarem.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Tude Henriques de Menezes Neto

Endereço: Tv. São Pedro 566 ed. Carajás sala 404

Fone: 091 225-2622

Registro no Conselho: 1883 CRM/PA

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.

Belém, 03 de outubro de 2005.

SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL

Obs: Declaramos sermos sabedores da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Por este motivo, queremos informar que a ausência de consentimento dos sujeitos da pesquisa se deve ao fato de ser este um trabalho retrospectivo, feito apenas pela revisão de prontuários não estando assim, em desacordo com a resolução citada.

Apêndice 02

Protocolo da Pesquisa

- **Identificação**

Nome:

Prontuário:

Endereço:

Sexo: (F) (M)

Idade:

Procedência:

- **Clínica:**

Sintomatologia: () Sintomático () Assintomático

Tipo de Hérnia: () Esôfago curto () Deslizamento () Paraesofágica

Sintomas	Sim	Não
Dor torácica		
ℒ Pós prandial		
ℒ Noturna		
Dor abdominal		
ℒ Pós prandial		
ℒ Noturna		
Pirose		
ℒ Epigástrica		
ℒ Retroesternal		
ℒ Irradiação		
Regurgitação		
ℒ Suco gástrico		
ℒ Alimentar		
Eructação		
Disfagia		
Odinofagia		
Sintomas cárdiorespiratórios compressivos		
Sintomas otorrinológicos		
ℒ Tosse		
ℒ Asma		
ℒ Roquidão		
ℒ Globus		
Hemorragia		
ℒ Hematêmese		
ℒ Melena		
Náuseas		

- **Exames Realizados:** () EDA () Pesquisa de *Helicobacter pylori* () Phmetria () Outros:

- **Resultado dos Exames:**