

Análise das manifestações otorrinolaringológicas da doença do refluxo gastroesofágico em pacientes atendidos em uma unidade de referência em Imperatriz-MA

Analysis of the otorhinolaryngological manifestations of gastroesophageal reflux disease in patients customed at a reference unit in Imperatriz-MA, Brazil

Arthur Rickson Nunes Dias¹, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa¹, Marcos Antonio Custodio Neto da Silva¹

RESUMO

Introdução: A doença do refluxo gastroesofágico abrange um amplo espectro de distúrbios relacionados ao retorno de conteúdo gástrico para o esôfago. A presença de manifestações extraesofágicas pode ser suspeitada em pacientes com manifestações otorrinolaringológicas, como tosse crônica inexplicável e sintomas laringofaríngeos. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico das manifestações otorrinolaringológicas em pacientes diagnosticados com doença do refluxo gastroesofágico em uma unidade de referência no sul do Maranhão. **Metodologia:** O estudo configura-se como uma pesquisa de campo, descritiva, analítica e transversal realizada por meio da aplicação de questionário aos pacientes atendidos em clínica de referência em otorrinolaringologia de Imperatriz-MA. A coleta ocorreu por meio do levantamento de informações clínicas e epidemiológicas dos pacientes identificados com doença do refluxo e admitidos na clínica a partir do questionário validado e um roteiro adaptado. **Resultados:** 24 pacientes (72,7%) apresentaram uma maior probabilidade de apresentar refluxo laringofaríngeo. O principal sintoma relatado foi a pirose/regurgitação em 28 pacientes (84,8%), seguido de *globus* faríngeo (78,8%). Ao correlacionar o IMC com as pontuações obtidas no questionário, observou-se a progressão na intensidade dos sintomas: excesso de secreção na garganta, tosse irritante, sensação de bola na garganta e pirose. **Conclusão:** Diante de um grande espectro de manifestações descritas, constatou-se a heterogeneidade de sintomas da doença. Correlações sutis foram observadas na faixa etária 50-59 anos, tabagistas e com IMC de 25-29,9 kg/m².

Palavras-chave: Refluxo Gastroesofágico; Sinais e Sintomas; Sintomas-chave; Otorrinolaringologia.

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease covers a wide spectrum of disorders related to the return of gastric contents to the esophagus. The presence of extraesophageal manifestations may be suspected in patients with otorhinolaryngological manifestations, such as unexplained chronic cough and laryngopharyngeal symptoms. **Objective:** To analyze the clinical-epidemiological profile of otorhinolaryngological manifestations in patients diagnosed with gastroesophageal reflux disease in a reference unit in the south of Maranhão. **Methodology:** The study is configured as a field, descriptive, analytical and cross-sectional research carried out through the application of a questionnaire to patients treated at a reference clinic in otorhinolaryngology in Imperatriz-MA. The collection took place through the survey of clinical and epidemiological information of patients identified with reflux disease and admitted to the clinic based on the validated questionnaire and an adapted script. **Results:** 24 patients (72.7%) were more likely to have laryngopharyngeal reflux. The main symptom reported was heartburn/regurgitation in 28 patients (84.8%), followed by pharyngeal globus (78.8%). By correlating the BMI with the scores obtained in the questionnaire, a progression in the intensity of the symptoms was observed: excess secretion in the throat, irritating cough, sensation of a lump in the throat and heartburn. **Conclusion:** Faced with a large spectrum of described manifestations, the heterogeneity of disease symptoms was observed. Subtle correlations were observed in the 50-59 age group, smokers and with a BMI of 25-29.9 kg/m².

Keywords: Gastroesophageal Reflux; Signs and Symptoms; Key Symptoms; Otolaryngology.

¹ Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz/MA, Brasil.

Correspondência:

arthur.rickson@discente.ufma.br

Direitos autorais:

Copyright © 2023 Arthur Rickson Nunes Dias, Fabricio Leocadio Rodrigues de Sousa, Marcos Antonio Custodio Neto da Silva.

Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Submetido:

29/3/2023

Aprovado:

19/7/2023

ISSN:

2446-5410

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) pode ser definida como uma afecção crônica em resposta ao fluxo retrógrado de conteúdo gastroduodenal para o esôfago e órgãos adjacentes, gerando um espectro muito variável de sinais e sintomas esofágicos e/ou extraesofágicos. Nesse sentido, a DRGE apresenta alta prevalência na população, com consequências sociais significativas, o que impacta negativamente na qualidade de vida das pessoas acometidas por essa doença¹.

Em termos epidemiológicos, a DRGE é o distúrbio no trato gastrointestinal alto mais comum no mundo ocidental e é a doença esofágica mais prevalente na prática médica². No Brasil, estima-se que 12% da população possui essa afecção³, sendo, portanto, uma enfermidade habitual no nosso meio.

Os sintomas da DRGE são extremamente comuns, em que cerca de 20% dos adultos apresentam pirose e/ou regurgitação ao menos uma vez por semana, e 40%, mensalmente. Se forem consideradas as manifestações atípicas, estima-se que a real prevalência de refluxo patológico possa estar subestimada⁴.

Em relação às manifestações extraesofágicas, destacam-se os sintomas pulmonares e doenças de vias aéreas inferiores, como asma, além de queixas otorrinolaringológicas, destacando-se rouquidão, laringite, tosse crônica estenose subglótica, granuloma de prega vocal e *globus* faríngeo, que também são comuns⁵. Nesse sentido, devido ao grande espectro de apresentações, a doença muitas vezes pode ser subdiagnosticada⁶.

Devido às manifestações extraesofágicas, pacientes com DRGE são frequentes no consultório do otorrinolaringologista, pois eles não manifestam os sintomas típicos de refluxo, como a pirose, ou então esses sintomas são associados a problemas otorrinolaringológicos. Essas queixas se devem ao refluxo do conteúdo gástrico dentro do trato aerodigestivo superior e refluxo acima do esfíncter esofágico superior. O refluxo do conteúdo gastroduodenal para a região faringo-laríngea, mais conhecido como refluxo laringofaríngeo (RLF), é um importante causador de sintomas otorrinolaringológicos, motivando 4 a 10% das consultas de otorrinolaringologia⁷.

Além da sintomatologia, é válido ressaltar os fatores de risco para DRGE. Nessa perspectiva, na literatura encontram-se dados que mostram que os principais preditores de risco incluíram ≥ 50 anos de idade, tabagismo, uso de AINEs, obesidade e menor nível educacional ou renda, embora algumas dessas associações sejam modestas⁸.

Em suma, dos fatores supracitados, um que merece destaque atualmente é o excesso de peso, existindo evidências claras da sua influência na fisiopatologia da DRGE. Essa condição tem sido associada ao aumento da pressão intra-abdominal, o que, por sua vez, aumenta o gradiente de pressão gastroesofágico, a pressão intragástrica e a chance de se desenvolver hérnia hiatal, componentes diretamente ligados à gênese da patologia pesquisada².

Paralelamente, a obesidade tem prevalência crescente nas populações modernas, chegando a ser considerada um problema de saúde pública. Segundo os dados do IBGE de 2019⁹, um quarto da população brasileira com 18 anos ou mais encerrou 2018 com obesidade, sendo equivalente a 41 milhões de pessoas — 29,5% das mulheres e 21,8% dos homens. Com esse panorama, torna-se ainda mais importante o estudo da relação entre esse preditor de risco e a doença do refluxo gastroesofágico.

Portanto, o objetivo principal deste estudo é analisar a prevalência de manifestações extraesofágicas, com foco nas manifestações otorrinolaringológicas, nos pacientes com DRGE atendidos em clínica de referência do município de Imperatriz-MA e correlacionar com as variáveis estabelecidas, a fim de delinear um perfil clínico-epidemiológico das manifestações otorrinolaringológicas e esclarecer melhor esse espectro de sintomas atípicos dessa patologia.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, analítica e transversal realizada por meio da aplicação de dois questionários, um validado¹⁰ e outro elaborado pelos autores da pesquisa, aos pacientes atendidos em uma clínica particular de otorrinolaringologia em Imperatriz-MA.

O instrumento para avaliação deste estudo é constituído por duas ferramentas. A primeira con-

siste em roteiro adaptado e elaborado pelos autores da pesquisa com duas etapas, inicialmente para levantamento de dados antropométricos e epidemiológicos do paciente: idade, gênero, etnia, uso de medicamentos, etilismo, tabagismo, altura, peso e índice de massa corpórea (IMC), seguido por um questionário sobre a presença de sintomas de refluxo nos últimos 30 dias. A segunda ferramenta consiste em um questionário validado denominado “*Reflux Symptom Index*”, com adaptação cultural para o português brasileiro¹⁰, para graduação de sintomas de refluxo laringofaríngeo e pesquisa diagnóstica. Para a obtenção dos dados de acordo com preceitos éticos, foi solicitada à coordenação da clínica uma autorização, permitindo a aplicação desse instrumento de estudo nos pacientes.

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e a coleta de dados foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

Este estudo obedeceu aos princípios básicos da bioética: beneficência, em que se compromete a ter resultados benéficos para a sociedade, e não maleficência, no qual não trará nenhum prejuízo intencional. Todas as informações coletadas foram para uso exclusivo desta pesquisa, sem outros fins. Foi também garantida a privacidade dos dados, sendo de responsabilidade do pesquisador a organização das informações para cumprimento dos aspectos éticos.

Por se tratar da utilização de dados obtidos diretamente dos pacientes, foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para realização deste projeto, pois os pesquisadores tiveram acesso direto aos pacientes.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com diagnóstico clínico de DRGE, a partir de 18 anos de idade, abordados no período do estudo e que assinaram o TCLE. Foram excluídos os pacientes que, mesmo com diagnóstico, eram menores de idade ou que pela ectoscopia, o IMC não seria uma ferramenta fidedigna, além dos pacientes em que não foi possível estabelecer o diagnóstico clínico de DRGE e pacientes que se recusaram a assinar o TCLE.

A amostra do estudo foi delimitada por meio da técnica de amostragem sistemática, em que foi adotada uma metodologia para a seleção dos indivíduos

que compuseram a amostra. Durante o período de coleta dos dados, foram incluídos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão, com seleção aleatória e que assinaram o TCLE. A amostra final foi de 33 pacientes.

Para a análise estatística dos dados, os resultados foram importados ao programa Excel (Microsoft Office 365[®]) e para o software de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2022). A descrição dos resultados categóricos foi feita em frequências brutas (n) e relativas (%).

Foram realizados os testes Qui-Quadrado de Pearson para verificação das diferenças entre as variáveis categóricas. A escolha do teste ocorreu devido à necessidade de determinar se a proporção do desfecho em cada categoria do desfecho foi significativamente diferente. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

RESULTADOS

No estudo, foram incluídos 33 pacientes. Destes, 21 pacientes (66,3%) eram do sexo feminino e a média de idade foi $41,63 \pm 13,53$ anos. O IMC médio foi de $26,3 \pm 3,0$ kg/m² (DP): 14 pacientes (42,4%) tinham IMC < 25 kg/m², 12 (36,3%) IMC 25-29,9 kg/m² e 7 (21,3%) IMC > 29,9 kg/m². Vinte e sete pacientes (81,8%) eram não tabagistas, enquanto 6 (18,2%) eram tabagistas ou ex-tabagistas. Já em relação ao etilismo, 24 pacientes (72,7%) eram não etilistas e 9 pacientes (27,3%) eram etilistas. A respeito da etnia, 15 participantes (45,5%) se autodeclararam brancos, 11 (33,3%) pardos e 7 (21,2%) negros (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1 demonstra-se que 3 pacientes (9,1%) possuíam doença respiratória crônica presente. Em relação ao uso de medicamentos específicos, 8 pacientes (24,2%) fizeram o uso de AINES nos últimos 30 dias.

A Tabela 2 apresenta a descrição da presença de sintomas de refluxo laringofaríngeo nos últimos 30 dias entre os participantes do estudo, dados coletados a partir do questionário adaptado sobre queixas extraesofágicas. Todos os pacientes apresentaram pelo menos um sintoma nos últimos 30 dias, sendo a pirose/regurgitação o sintoma mais frequente em 28 participantes (84,8%), seguido de

TABELA 1. Característica de base da população do estudo, 2022

Variáveis	Todos os participantes (n=33)
Gênero	
Masculino	12 (36,4%)
Feminino	21 (66,3%)
Faixa Etária	
	41,63 ± 13,53 anos (DP)
20-29	8 (24,2%)
30-39	7 (21,2%)
40-49	6 (18,1%)
50-59	9 (27,2%)
> 60	3 (9,3%)
IMC (kg/m²)	
	23.3 ± 3.0 kg/m²
< 25	14 (42,4%)
25-29,9	12 (36,3%)
> 29,9	7 (21,3%)
Tabagismo	
Não	27 (81,8%)
Sim	6 (18,2%)
Etilismo	
Não	24 (77,2%)
Sim	9 (27,3%)
Etnia	
Branca	15 (45,5%)
Parda	11 (33,3%)
Negra	7 (21,2%)
Indígena	0 (0%)
Não declarado	-
Doença Respiratória Crônica (Asma/DPOC)	
Não	30 (90,9%)
Sim	3 (9,1%)
Uso de AINES	
Não	25 (75,8%)
Sim	8 (24,2%)

Fonte: Os autores, 2022.

sensação de nódulo na garganta em 26 participantes (78,8%), limpeza frequente da garganta em 24 (72,7%), odinofagia e tosse crônica em 22 (66,7%), rouquidão em 21 (63,3%), dispneia em 12 (36,6%) e, com menor frequência, a disfagia em apenas 7 pacientes (21,2%).

TABELA 2. Sintomas de refluxo laringofaríngeo nos últimos 30 dias

Variáveis	N (%)
Pirose/Regurgitação	28 (84,8%)
Limpeza frequente da garganta	24 (72,7%)
Sensação de nódulo na garganta (<i>globus</i> faríngeo)	26 (78,8%)
Odinofagia	22 (66,7%)
Rouquidão	21 (63,6%)
Tosse crônica recorrente	22 (66,7%)
Dispneia	12 (36,4%)
Disfagia	7 (21,2%)

Fonte: Os autores, 2022.

A média do questionário *Reflux Symptom Index* (RSI) foi de 19,14 ± 7,3 (DP). Em relação às pontuações, 24 pacientes (72,7%) apresentaram ≥ 13 pontos, corte que sugere maior intensidade de sintomas de RLF. Ademais, a maior pontuação individual foi obtida no último item (pirose/regurgitação), com 3,451 (1,83), seguida de sensação de *globus*, com 3,364 (1,765), e pigarro, com 2,939 (1,580) (Tabela 3).

TABELA 3. Pontuações médias do questionário Reflux Symptom Index (RSI) descritos como média + DP

Variáveis	Média (DP)
Problemas com a voz	1,939 (1,619)
Pigarro	2,939 (1,580)
Excesso de secreção na garganta	2,909 (1,608)
Dificuldade de engolir	0,727 (1,464)
Tosse depois de comer ou deitar	1,121 (1,635)
Crises de falta de ar	0,667 (1,384)
Tosse irritante	2,061 (1,713)
Sensação de bola na garganta	3,364 (1,765)
Queimação	3,545 (1,839)

Fonte: Os autores, 2022.

A correlação estatística dos desfechos do *Reflux Symptom Index* por gênero, idade, IMC, tabagismo, etilismo, uso de AINES, etnia, doença respiratória crônica foi mostrada na Tabela 4. Os resultados não apresentaram relevância estatística ($P < 0,05$) entre as variáveis e os desfechos. Entretanto, para todas as variáveis, exceto presença de doença respiratória crônica, a proporção de indivíduos foi maior dentro do grupo de desfechos ≥ 13 pontos no RSI.

TABELA 4. Correlação entre variáveis epidemiológicas e clínicas e pontuação do Reflux Symptom Index (RSI) em pacientes com DRGE

Variáveis	< 13 pontos	≥ 13 pontos	p-valor
Faixa etária			0,93
20-29	3 (33,3%)	5 (20,8%)	
30-39	2 (22,2%)	5 (20,8%)	
40-49	1 (11,1%)	5 (20,8%)	
50-59	2 (22,2%)	7 (29,1%)	
≥ 60	1 (11,1%)	2 (8,3%)	
Gênero			0,825
Feminino	6 (66,7%)	15 (62,5%)	
Masculino	3 (33,3%)	9 (37,5%)	
Doença respiratória crônica			0,108
Não	7 (77,8%)	23 (95,8%)	
Sim	2 (22,2%)	1 (4,2%)	
IMC			0,633
< 25	6 (66,7%)	8 (33,3%)	
25-29,9	2 (22,2%)	10 (41,6%)	
> 29,9	1 (11,1%)	6 (25,1%)	
Raça/Etnia			0,69
Branca	5 (55,6%)	10 (41,7%)	
Negra	2 (22,2%)	5 (20,8%)	
Parda	2 (22,2%)	9 (37,5%)	
Uso de AINES			0,202
Não	8 (88,9%)	16 (66,7%)	
Sim	1 (11,1%)	8 (33,3%)	
Tabagista			0,097
Não	9 (100,0%)	18 (75,0%)	
Sim	0 (0,0%)	6 (25,0%)	
Etilista			0,69
Não	7 (77,8%)	17 (70,8%)	
Sim	2 (22,2%)	7 (29,2%)	

Fonte: Os autores, 2022.

A Tabela 5 relacionou as pontuações das variáveis individuais do RSI de acordo com a classificação do IMC. Houve progressão da intensidade dos sintomas de acordo com o IMC nas variáveis: excesso de secreção na garganta ($2,53 \pm 1,68$; $3,09 \pm 1,76$; $3,43 \pm 1,13$; $p=0,443$); tosse irritante ($1,67 \pm 1,84$; $2,18 \pm 1,33$; $2,71 \pm 1,98$; $p=0,406$); sensação de bola na garganta ($2,93 \pm 2,09$; $3,55 \pm 1,63$; 4 ± 1 ; $p=0,395$); e queimação ($3,07 \pm 2,02$; $3,82 \pm 1,54$; $4,14 \pm 1,86$; $p=0,380$). Entretanto, encontrou-se apenas correlação significativamente estatística na variável problemas com a voz ($1 \pm 1,13$; $2,82 \pm 1,54$; $2,57 \pm 1,72$; $p=0,006$).

DISCUSSÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma patologia com um amplo espectro de sintomas. Anteriormente, era reconhecida apenas por queixas primárias de pirose e regurgitação, no entanto, hoje se sabe que a DRGE apresenta inúmeras manifestações extraesofágicas e que podem ser as únicas queixas ou acompanhar as demais¹¹. Tal constatação pôde ser observada no estudo atual, em que todos os pacientes apresentaram pelo menos uma queixa extraesofágica, enquanto nem todos tiveram apresentações típicas.

TABELA 5. Correlação do IMC com sintomas descritos no RSI em pacientes com DRGE

VARIÁVEIS	< 25	25 - 29,9	≥ 30	P
Problemas com a voz	1 (1,13)	2,82 (1,54)	2,57 (1,72)	0,006
Pigarro	2,33 (1,59)	3,45 (1,57)	3,43 (1,27)	0,132
Excesso de secreção na garganta	2,53 (1,68)	3,09 (1,76)	3,43 (1,13)	0,443
Disfagia	0,47 (0,99)	1 (1,79)	0,86 (1,86)	0,648
Tosse depois de comer ou deitar	1,20 (1,78)	1 (1,79)	1,14 (1,21)	0,956
Crises de falta de ar	0,40 (1,30)	0,91 (1,22)	0,86 (1,86)	0,613
Tosse irritante	1,67 (1,84)	2,18 (1,33)	2,71 (1,98)	0,406
Sensação de bola na garganta	2,93 (2,09)	3,55 (1,63)	4 (1)	0,395
Queimação	3,07 (2,02)	3,82 (1,54)	4,14 (1,86)	0,380

Fonte: Os autores, 2022.

Apesar dos estudos, é complexo estimar a prevalência de RLF na população, uma vez que não existe um método geral e fácil de diagnóstico para estudos epidemiológicos de larga escala¹². O presente estudo, ao utilizar como método o RSI, mostrou que 24 (72,7%) dos 33 pacientes atendidos com suspeita de refluxo apresentaram uma maior suspeição clínica para RLF. Entretanto, não se pode excluir a probabilidade de RLF nos 9 pacientes que pontuaram < 13 pontos, já que o RSI possui um baixo valor preditivo negativo, considerando apenas como RLF com menor intensidade¹³.

A necessidade de identificar essa condição com mais facilidade é importante, considerando que pacientes com RLF necessitam de terapia antissecreatória mais agressiva e por um período mais longo de tempo. Além de ser uma condição relacionada a algumas malignidades, o custo de cuidar desses pacientes é cerca de cinco vezes maior em comparação com a DRGE com sintomas típicos^{14,5}.

Não foi observada diferença significativa entre homens e mulheres na prevalência de RLF. Entretanto, a proporção de gênero não foi bem equilibrada e os participantes do sexo masculino representaram apenas 36,4% da população do estudo contra 63,6% do sexo feminino. Embora este estudo não tenha encontrado divergência relevante na prevalência de RLF entre homens e mulheres, está de acordo com a descoberta de outros estudos¹⁷.

A faixa etária em que a prevalência de RLF foi relatada com maior frequência foi de 50-59, com

28,1% (p=0,53). Tal achado foi convergente ao estudo de Eusebi *et al.*⁸, no qual foi demonstrado que a frequência de RLF é maior em pacientes ≥ 50 anos.

Em relação ao tabagismo, embora não se tenha alcançado uma correlação significativamente estatística, observou-se que todos os seis pacientes que eram tabagistas apresentaram alta probabilidade de RLF de acordo com os desfechos no RSI (p=0,097). No estudo de Mansour-Ghanaei *et al.*¹⁵, o RLF foi significativamente mais prevalente em tabagistas (p=0,01), e em outro estudo, a prevalência de RLF em fumantes era o dobro do que em não fumantes, evidenciando essa associação positiva¹⁶.

Na mesma linha de pensamento, 77% dos pacientes que eram etilistas apresentaram uma maior probabilidade de RLF de acordo com o RSI. Entretanto, foi encontrada uma proporção semelhante entre os não etilistas (70,8%), não colocando o consumo de álcool como uma variável significativa estatisticamente (p=0,69) no presente estudo. Nesse raciocínio, Spantideas *et al.*¹⁷ foi discordante ao concluir que etilistas e não etilistas têm uma diferença estatisticamente significativa na sua pontuação no RSI (p<0,001).

Não foi encontrada relação entre RLF e as doenças respiratórias crônicas questionadas, nem RLF e o uso de anti-inflamatórios. No entanto, esses achados não puderam ser considerados conclusivos devido ao pequeno número de participantes que relataram as doenças e o uso de medicamentos. Diferentemente do encontrado no estudo atual, na

pesquisa de Mansour-Ghanaei *et al.*¹⁵, a prevalência de RLF foi substancialmente maior em indivíduos que fizeram uso de AINES ($p < 0,05$).

Por meio do questionário adaptado, os sintomas mais comuns associados ao RLF foram divergentes, em parte, com o estudo de Akinola *et al.*¹⁴. No presente estudo, as três principais manifestações foram pirose/regurgitação (84,8%), sensação de nódulo na garganta (78,8%) e limpeza frequente da garganta (72,7%), enquanto que na pesquisa comparativa, as três principais manifestações foram: limpeza frequente da garganta (98,3%), tosse persistente (96,6%) e pirose/regurgitação (95,7%).

Por outro lado, levando em consideração as variáveis presentes no questionário validado, encontrou-se uma confluência entre os três principais sintomas dentre os nove itens ao relacionar com o estudo de Spantideas *et al.*¹⁷. No atual estudo: queimação, seguida de sensação de nódulo na garganta e pigarro. No estudo comparativo: queimação, seguido de pigarro e sensação de nódulo na garganta. Essa semelhança traz certa linearidade entre os estudos, uma vez que o uso de um questionário validado confere maior rigor metodológico.

A pesquisa de Kouklakis *et al.*¹⁸ apontou relação entre a obesidade ($IMC > 29,9$) e o RLF, podendo supor que a barreira fisiológica ao refluxo gastroesofágico é insuficiente em pacientes com excesso de peso. No presente estudo, ao relacionar o IMC aos desfechos do RSI, embora não tenha sido obtida significância estatística ($p = 0,663$), a proporção entre os pacientes nas faixas de sobrepeso e obesidade foi maior dentro do grupo de maior intensidade de sintomas de RLF. A ausência de significância estatística também foi encontrada no estudo de Min *et al.*¹⁹ ($p = 0,67$), embora essa condição já seja um fator de risco documentado.

Nesse contexto, ao analisar isoladamente a pontuação das variáveis do RSI de acordo com a classificação do IMC, encontram-se resultados que merecem destaque. A progressão na intensidade dos sintomas foi observada nos itens: excesso de secreção da garganta, tosse irritante, sensação de bola na garganta e queimação. Ao analisar o estudo de Lechien *et al.*¹³, que fez essa mesma correlação, encontrou-se uma progressão dos sintomas em: rouquidão, limpeza frequente da garganta e quei-

mação. Ambos os estudos não apresentaram um p-valor significativo estatisticamente, porém foram importantes ao mostrar a progressão dos sintomas de acordo com o IMC.

Uma limitação deste estudo pode ter sido o número de participantes, que foi relativamente pequeno devido ao tempo de coleta da amostra, o que pode ter comprometido a relevância de alguns dados. Outra limitação do estudo pode ser a falta de comparação com outros métodos com mais especificidade, como a videolaringoscopia, monitoramento de pH e endoscopia digestiva alta, porém essa comparação já foi bastante avaliada em outros estudos.

CONCLUSÃO

A partir do presente estudo, pôde-se observar pelo uso do RSI que as manifestações otorrinolaringológicas sugestivas de refluxo laringofaríngeo apresentaram maiores pontuações em pacientes na faixa etária de 50-59 anos, de IMC 25-29,9kg/m² e tabagistas. A principal manifestação típica encontrada foi pirose/regurgitação e a principal queixa otorrinolaringológica foi o *globus* faríngeo.

REFERÊNCIAS

1. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2017; 51(6):467-478.
2. Meira AT, Tanajura D, Viana ID. Clinical And Endoscopic Evaluation In Patients With Gastroesophageal Symptoms. *Arq Gastroenterol.* 2019; 56(1):51-54.
3. Coronel MA, Bernardo WM, Moura DT, Moura ET, Ribeiro IB, Moura EG. The efficacy of the different endoscopic treatments versus sham, pharmacologic or surgical methods for chronic gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Arq Gastroenterol.* 2018; 55(3):296-305.
4. Xiao S, Li J, Zheng H, Yan Y, Li X, Zhang L, et al. An epidemiological survey of laryngopharyngeal reflux disease at the otorhinolaryngology-head and neck surgery clinics in China. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020; 277(10):2829-2838.
5. Hom C, Vaezi MF. Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. *Drugs.* 2013; 73(12):1281-1295.

6. Gurski RR, Rosa AR, Valle E, Borba MA, Valiati AA. Manifestações extra-esofágicas da doença do refluxo gastroesofágico. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(2):150-160.
7. Junior A, João L. Doença do refluxo gastroesofágico. *J Bras Med.* 2014; 102(6):31-36.
8. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut.* 2018; 67(3):430-440.
9. Ferreira AP de S, Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PR de. Increasing trends in obesity prevalence from 2013 to 2019 and associated factors in Brazil. *Rev bras epidemiol.* 2021; 24(3):87-91.
10. Eckley CA, Tangerina R. Sensitivity, Specificity, and Reproducibility of the Brazilian Portuguese Version of the Reflux Symptom Index. *J Voice.* 2021 Jan;35(1): 161.e15-161.e19.
11. Manabe N, Tsutsui H, Kusunoki H, Hata J, Haruma K. Pathophysiology and treatment of patients with globus sensation--from the viewpoint of esophageal motility dysfunction. *J Smooth Muscle Res.* 2014; 50(2):66-77.
12. Reulbach TR, Belafsky PC, Blalock PD, Koufman JA, Postma GN. Occult laryngeal pathology in a community-based cohort. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 124(4):448-450.
13. Lechien JR, Bobin F, Muls V, Saussez S, Hans S. Laryngopharyngeal Reflux Disease is More Severe in Obese Patients: A Prospective Multicenter Study. *Laryngoscope.* 2021; 131(11):2742-2748.
14. Akinola MA, Oyedele TA, Akande KO, Oluyemi OY, Salami OF, Adesina AM, et al. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and Extraesophageal manifestations among undergraduate students in South West Nigeria. *BMC Gastroenterol.* 2020; 26(20):64-69.
15. Mansour-Ghanaei F, Joukar F, Atshani SM, Chagharvand S, Souti F. The epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a survey on the prevalence and the associated factors in a random sample of the general population in the Northern part of Iran. *Int J Mol Epidemiol Genet.* 2013; 4(3):175-82.
16. Ehsani MJ, Maleki I, Mohammadzadeh F, Mashayekh A. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Tehran, Iran. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007; 22(9):1419-1422.
17. Spantideas N, Drosou E, Bougea A, Assimakopoulos D. Laryngopharyngeal reflux disease in the Greek general population, prevalence and risk factors. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2015; 15(1):1-7.
18. Kouklakis G, Moschos J, Kountouras J, Mpoumponaris A, Molyvas E, Minopoulos G. Relationship between obesity and gastroesophageal reflux disease as recorded by 3-hour esophageal pH monitoring. *Rom J Gastroenterol.* 2005; 14(2):117-121.
19. Min YW, Lim SW, Lee JH, Lee HL, Lee OY, Park JM, Choi MG, Rhee PL. Prevalence of Extraesophageal Symptoms in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease: A Multicenter Questionnaire-based Study in Korea. *J Neurogastroenterol Motil.* 2014; 20(1):87-93.

DECLARAÇÕES

Contribuição dos autores

Concepção: ARN. Investigação: ARN, FLRS. Metodologia: ARN, FLRS. Coleta de dados: ARN. Tratamento e análise de dados: ARN, FLRS. Redação: ARN, MACNS. Revisão: FLRS, MACNS. Aprovação da versão final: ARN, FLRS, MACNS. Supervisão: MACNS.

Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Aprovação no comitê de ética

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o número 5.565.623.

Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Claudio Piras.

Endereço para correspondência

Rua Luis Domingues, 538A, Entrocamento, Imperatriz/MA, Brasil, CEP: 65913-000.