

Apresentado  
a você pela



[SOBRE A MSD](#)

[CARREIRAS NA MSD](#)

[INVESTIGAÇÃO](#)

[NO MUNDO TODO](#)

 **MANUAL MSD**  
Versão para Profissionais de Saúde

# Refluxo gastroesofágico em recém-nascidos

(Doença do refluxo gastroesofágico [DRGE])

Por [William J. Cochran](#), MD, Geisinger Clinic

Avaliado clinicamente ago 2021

O refluxo gastroesofágico é a movimentação de conteúdo gástrico para o esôfago. Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é o refluxo que causa complicações como irritabilidade, problemas respiratórios e déficit de crescimento. O diagnóstico é clínico, com tentativas de modificações alimentares, mas alguns recém-nascidos têm indicação de exame seriado do trato gastrointestinal superior, uso de sondas esofágicas de pH e de impedância e, algumas vezes, endoscopia. O refluxo gastroesofágico só requer tranquilização. O tratamento da doença do refluxo gastroesofágico começa com a modificação do posicionamento durante a alimentação e após a alimentação; alguns lactentes têm indicação de medicamentos de supressão do ácido gástrico, como os inibidores da bomba de prótons ou os bloqueadores H2. A cirurgia antirrefluxo é raramente necessária.

O refluxo gastroesofágico ocorre em quase todos os recém-nascidos, e manifesta-se na forma de arroto úmido (regurgitações) após a alimentação. A incidência do refluxo gastroesofágico aumenta entre 2 e 6 meses de idade (provavelmente em razão do aumento do volume de líquidos em cada amamentação) e depois começa a diminuir após 7 meses. O refluxo gastroesofágico resolve em cerca de 85% dos bebês aos 12 meses e em 95% aos 18 meses. A *doença* do refluxo gastroesofágico (DRGE), ou seja, o refluxo que causa complicações, é bem menos comum.

## Etiologia do refluxo em lactentes

A **causa mais comum** da doença do refluxo gastroesofágico nos lactentes é semelhante à que ocorre [nas crianças maiores e nos adultos com doença do refluxo gastroesofágico](#):

- O esfíncter esofágico inferior (EEI) não consegue impedir o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago.

A pressão no EEI pode diminuir transitoriamente de maneira espontânea (relaxamento inadequado), que é a causa mais comum de refluxo, ou depois da exposição a cigarros e cafeína (em bebidas ou leite materno). Geralmente, a pressão do esôfago é negativa, enquanto a pressão do estômago é positiva. A pressão no EEI tem de exceder àquela do gradiente de pressão para evitar o refluxo. Fatores que aumentam esse gradiente ou diminuem a pressão no EEI predisõem ao refluxo. O gradiente de pressão pode aumentar em lactentes sobrealimentados (alimentação excessiva provoca pressão gástrica mais alta) e em lactentes com doença pulmonar crônica (pressão intratorácica mais baixa aumenta o gradiente ao logo do EEI) e pelo posicionamento (p. ex., sentar aumenta a pressão gástrica).

**Outras causas** são [alergias alimentares](#), mais comumente alergia ao leite de vaca. Uma causa menos comum é gastroparesia (atraso no esvaziamento do estômago), em que o alimento permanece no estômago durante um longo período de tempo, mantendo uma pressão gástrica elevada que predisõe ao refluxo. Raramente, um lactente pode ter vômitos recorrentes que mimetizam a doença do refluxo gastroesofágico por causa de doença metabólica (p. ex., [defeitos no ciclo da ureia](#), [galactosemia](#), [intolerância hereditária à frutose](#)) ou anormalidade anatômica (como [estenose pilórica](#) ou [má rotação](#)).

## Complicações

As complicações da doença do refluxo gastroesofágico são principalmente decorrentes da irritação causada pelo ácido estomacal e déficit calórico causado pela regurgitação frequente de alimentos.

O ácido estomacal pode provocar irritação no esôfago, na laringe e, se ocorrer aspiração, nas vias respiratórias. A irritação do esôfago pode diminuir a ingestão de alimentos à medida que os recém-nascidos aprendem a evitar o refluxo ingerindo uma menor quantidade de alimento. Irritação significativa do esôfago ([esofagite](#)) pode causar perda de sangue leve e crônica, além de estenose esofágica. Irritação da laringe e vias respiratórias pode causar sintomas respiratórios. Aspiração pode causar pneumonia recorrente.

## Sinais e sintomas do refluxo em bebês

O principal sinal do refluxo gastroesofágico é

- Regurgitação frequente

Os cuidadores muitas vezes se referem a esse tipo de regurgitação como vômito, mas que, na verdade, não são vômitos porque não decorrem de contrações gástricas peristálticas. A regurgitação parece não exigir esforço e não é particularmente forçada.

Lactentes nos quais o refluxo causou doença do refluxo gastroesofágico podem ter outros sinais e sintomas como irritabilidade, recusar a alimentação e/ou quadros respiratórios como [tosse](#) recorrente crônica ou [sibilos](#) e, às vezes, [estridor](#). Muito menos comumente, os recém-nascidos têm apneia intermitente ou episódios de arqueamento das costas e cabeça virada para um lado (síndrome de Sandifer). Lactentes podem não ganhar peso adequado ou, menos frequentemente, perder peso.

## Diagnóstico gastroesofágico em recém-nascidos

- Avaliação clínica
- Normalmente seriografia do trato gastrointestinal superior
- Algumas vezes, medição do pH esofágico ou endoscopia

Crianças com regurgitação sem esforço, que estão crescendo normalmente e que não têm outros sintomas (às vezes chamados "regurgitadores felizes") têm refluxo gastroesofágico e não exigem avaliação mais profunda.

Como a regurgitação é muito comum, muitos recém-nascidos com doenças graves também têm história de regurgitação. Sinais de alerta de que o lactente tem algo além de refluxo são êmese com esforço, distensão abdominal, êmese com sangue ou bile, febre, [deficit no ganho ponderal](#), sangue nas fezes, [diarreia](#) persistente, alterações do desenvolvimento ou manifestações neurológicas (como abaulamento das fontanelas ou convulsão). Lactentes com esses sinais e sintomas exigem avaliação imediata. [Êmese biliosa](#) em um recém-nascido é uma emergência médica porque pode ser sintoma de [má rotação dos intestinos](#) e [vólvulo](#) mesogástrico.

Lactentes com vômitos recorrentes com esforço não devem ser considerados como tendo refluxo e devem ser avaliados para outras doenças (ver [Náuseas e vômitos em lactentes e crianças](#)), com ultrassonografia do piloro para avaliar [estenose do piloro](#) ou exames de imagem cerebral para avaliar causas de hipertensão intracraniana (como [tumor encefálico](#)).

A irritabilidade tem muitas causas, incluindo infecções graves e doenças neurológicas, que devem ser descartadas antes de concluir que a irritabilidade é causada pela DRGE.

Lactentes que têm sintomas consistentes com doença do refluxo gastroesofágico e sem complicações graves podem ser submetidos a uma tentativa de tratamento conservador da doença do refluxo gastroesofágico; melhora ou eliminação dos sintomas sugere que a doença do refluxo gastroesofágico é o diagnóstico e que outros testes são desnecessários. Os lactentes também podem receber fórmula extensamente hidrolisada (hipoalergênica) por 2 a 4 semanas para verificar se os sinais e sintomas são causados por alergia alimentar.

Recém-nascidos que não respondem a uma tentativa de tratamento, ou que apresentam sinais de complicações da doença do refluxo gastroesofágico, podem exigir avaliação mais profunda. Tipicamente, seriografia do esôfago, estômago e duodeno é o primeiro exame; isso pode ajudar a diagnosticar um refluxo e também a identificar quaisquer distúrbios gastrointestinais anatômicos que causam regurgitação. Encontrar refluxo com bário no esôfago médio ou superior é muito mais significativo do que ver refluxo somente no esôfago distal. Nos lactentes com regurgitação horas depois de se alimentar, que podem ter gastroparesia, o exame do esvaziamento do líquido gástrico pode ser adequado.

Se o diagnóstico permanece incerto ou se ainda não se sabe se o refluxo é ou não realmente a causa de sintomas como tosse ou sibilos, o gastroenterologista pediátrico pode fazer testes usando sondas de pH esofágico ou de impedância ([pHmetria ambulatorial](#)). Os responsáveis registram a ocorrência dos sintomas (manualmente ou usando um marcador de eventos na sonda); os sintomas são então correlacionados com os eventos de refluxo detectados pela sonda. Uma sonda de pH também pode avaliar a eficácia da terapia de supressão de ácido. Uma sonda de impedância tem a capacidade de detectar refluxo não ácido, bem como refluxo ácido.

Biópsia e endoscopia do trato gastrointestinal superior são às vezes feitas para ajudar a diagnosticar infecção ou alergia alimentar e detectar e quantificar o grau da esofagite. Laringotraqueobroncoscopia pode ser feita para detectar inflamação da laringe ou nódulos nas cordas vocais. Antes acreditava-se que a presença de macrófagos contendo lipídios e/ou pepsina nos aspirados brônquicos ajudava a diagnosticar refluxo e broncoaspiração. No entanto, agora se sabe que os macrófagos contendo lipídios não têm nenhum benefício e a dosagem da pepsina tem sensibilidade e especificidade baixas.

## Tratamento do refluxo em lactentes

---

- Modificação da alimentação
- Posicionamento
- Algumas vezes, terapia supressora de ácidos
- Raramente, cirurgia

Para bebês com refluxo gastroesofágico, o único tratamento necessário é tranquilizar os responsáveis de que os sintomas são normais e serão superados. Lactentes com doença do refluxo gastroesofágico exigem tratamento, geralmente começando com medidas conservadoras.

### Modificação da alimentação

- Refeições espessadas
- Refeições menos volumosas e mais frequentes

- Algumas vezes, fórmula hipoalergênica
- Para lactentes amamentados, alterar a dieta da mãe

Como um primeiro passo, a maioria dos médicos recomenda espessar os alimentos, o que pode ser feito adicionando 10 to 15 mL (1/2 a 1 colher de sopa) de cereal de arroz A 30 mL de fórmula. A fórmula espessada parece refluir menos, particularmente quando o lactente é mantido na posição vertical por 20 a 30 minutos após a alimentação. A fórmula espessada pode não fluir apropriadamente pelo bico da mamadeira, assim pode ser necessário fazer um corte transversal para possibilitar o fluxo adequado.

Fornecer alimentações menores e mais frequentes ajuda a manter uma pressão baixa no estômago e minimiza a quantidade de refluxo. Entretanto, é importante manter uma quantidade total apropriada de fórmula por um período de 24 horas a fim de assegurar o crescimento adequado. Além disso, fazer o recém-nascido arrotar depois de cada 30 a 55 mL pode ajudar a diminuir a pressão gástrica, expulsando o ar que o lactente engoliu.

Se as medidas conservadoras falharem, uma fórmula hipoalergênica deve ser usada para os lactentes alimentados com fórmula durante 2 a 4 semanas, porque esses bebês podem ter alergia alimentar. A fórmula hipoalergênica ainda pode ser útil para lactentes que não têm alergia alimentar melhorando o esvaziamento gástrico. Alergia ao leite de vaca pode ocorrer em lactentes amamentados e pode ser uma causa da doença do refluxo gastroesofágico. Uma tentativa de colocar a mãe em uma dieta estrita e sem proteínas do leite de vaca por várias semanas pode ser útil. Todas as crianças devem ser mantidas longe de cafeína e fumaça de cigarro.

## Posicionamento

Após a alimentação, os lactentes são mantidos em posição vertical por 20 a 30 minutos (mantê-los sentados, como em um bebê conforto, aumenta a pressão gástrica e não ajuda).

Para dormir, o decúbito lateral esquerdo e a elevação da cabeceira do berço não são mais recomendados por questões de segurança. Independentemente do refluxo, a única posição para dormir recomendada para todos os lactentes é em decúbito dorsal, por reduzir o risco da [síndrome da morte súbita infantil](#).

## Tratamento medicamentoso

Três classes de medicamentos podem ser utilizados nos lactentes com doença do refluxo gastroesofágico que não respondem às modificações da alimentação e do posicionamento:

- [Inibidores da bomba de prótons](#) (IBP)
- [Bloqueadores de histamina 2 \(H2\)](#)
- Fármacos pró-motilidade

As [diretrizes de prática de consenso](#) de 2018 das sociedades especializadas norte-americanas e europeias recomendam que lactentes e crianças com doença do refluxo gastroesofágico que não respondem às modificações da alimentação e do posicionamento tomem inibidor da bomba de prótons (IBP). Se não houver os inibidores da bomba de prótons disponíveis ou seu uso for contraindicado, pode-se administrar um bloqueador de H2. Esses medicamentos são *não* recomendados simplesmente para tratamento do choro/desconforto e/ou de regurgitação visível. Um esquema típico de inibidores da bomba de prótons é o lansoprazol 2 mg/kg por via oral uma vez ao dia. Se o lactente responder, o medicamento é mantido por vários meses e a seguir gradativamente diminuído até ser suspenso (se tolerado).

Os procinéticos teoricamente auxiliam a acelerar o esvaziamento gástrico e, assim, reduzir o volume do conteúdo gástrico e a quantidade de tempo em que o conteúdo permanece no estômago e pode sofrer refluxo. Possíveis medicamentos são baclofeno, betanecol, cisaprida, domperidona, eritromicina e metoclopramida. As [diretrizes de prática de consenso](#) não recomendam o uso de procinéticos como tratamento de primeira linha, embora o baclofeno possa ser tentado antes de fazer cirurgia em lactentes que não responderam ao tratamento farmacológico com bloqueador do ácido gástrico. Entre os outros agentes, betanecol, cisaprida, domperidona e metoclopramida não são recomendados por causa do seu potencial de efeitos adversos. Para os lactentes com gastroparesia, a eritromicina pode ser usada. Alguns médicos estão usando amoxicilina/clavulanato por suas propriedades procinéticas, mas isso não consta nas diretrizes do consenso.

## Cirurgia

Recém-nascidos com complicações graves ou refluxo potencialmente fatal que não respondem ao tratamento conservador podem ser considerados para tratamento cirúrgico. O principal tipo de cirurgia antirrefluxo é funduplicatura. Durante esse procedimento, a parte superior do estômago é enrolada em torno do esôfago distal para ajudar a estreitar o esfíncter esofágico inferior. Funduplicadura pode ser muito eficaz na resolução do refluxo, mas tem várias complicações. Ela pode causar dor quando os lactentes vomitam (p. ex., durante gastroenterite aguda) e se o envoltório estiver muito apertado, os lactentes podem ter disfagia. Se ocorrer disfagia, o envoltório pode ser dilatado por via endoscópica. Algumas causas anatômicas do refluxo também podem precisar ser corrigidas cirurgicamente.

## Pontos-chave

---

- A maioria dos casos de refluxo nos lactentes não causa outros sintomas ou complicações e resolve espontaneamente entre os 12 e 18 meses de idade.
- A doença do refluxo gastroesofágico é diagnosticada quando o refluxo provoca complicações como esofagite, sinais e sintomas respiratórios (como tosse, estridor, sibilos e/ou apneia) ou comprometimento do crescimento.
- Fazer uma tentativa terapêutica com modificações alimentares e posicionamento após a alimentação se os sinais e sintomas da doença do refluxo gastroesofágico forem leves.
- Considerar exames como seriografia do trato gastrointestinal superior, exame de esvaziamento gástrico, sondas esofágicas ou endoscopia para lactentes com sintomas mais graves de doença do refluxo gastroesofágico ou para os quais a tentativa terapêutica não foi bem-sucedida.
- Supressão do ácido gástrico com um bloqueador de H2 ou inibidores da bomba de prótons pode ajudar lactentes com doença do refluxo gastroesofágico importante.
- A maioria dos recém-nascidos com doença do refluxo gastroesofágico responde ao tratamento conservador, mas alguns requerem tratamento cirúrgico.

## Informações adicionais

---

O recurso em inglês a seguir pode ser útil. Observe que este Manual não é responsável pelo conteúdo deste recurso.

Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition: [2018 Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines](#)

