

A DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO RELACIONADO COM O ADENOCARCINOMA DE ESÔFAGO

The gastroesophageal reflux disease related to the esophageal adenocarcinoma.

Fernando Dias Araujo Filho¹, Ademilton Francisco Silva Júnior¹, Rafael Escobar Ramos¹ e Thadeu Araújo Gonçalves Viana²

1. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Acadêmicos no Curso de Medicina - Mineiros/ GO, Brasil. E-mail: fernandodaf15@gmail.com

2. Docente na Faculdade Morgana Potrich – FAMP - Mineiros/ GO, Brasil.

Palavras-chave: DRGE.
Esôfago de Barrett.
Adenocarcinoma.

RESUMO - INTRODUÇÃO: A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é considerada a causa mais frequente encontrada nos consultórios de gastroenterologia, devido a sua influência substancial na qualidade de vida dos pacientes, sendo que uma de suas principais complicações seriam o esôfago de Barrett (EB) e posteriormente o adenocarcinoma de esôfago, o qual é o oitavo câncer mais comum em todo o mundo, com uma grande variação em sua frequência entre regiões de alta e baixa incidência. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é verificar a influência do DRGE perante o adenocarcinoma esofágico. **METODOLOGIA:** As buscas foram realizadas nas bases de dados bibliográficas, Pubmed, Scielo, BVS e science direct. Depois da aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 20 artigos totais. Os parâmetros como publicações recentes e artigos relacionados a temática foram postas em destaque. **RESULTADOS:** Observou-se que na maioria dos casos pacientes com DRGE possui de 10 a 15% de chance para desenvolver esôfago de Barrett, o qual poderá evoluir para adenocarcinoma esofágico (AE). **CONCLUSÃO:** O esôfago de Barrett é uma complicação da DRGE de longa duração, a preocupação quanto ao esôfago de Barrett seria o risco de progressão para o adenocarcinoma esofágico.

Keywords: GERD.
Barrett's esophagus.
adenocarcinoma.

ABSTRACT - BACKGROUND: The gastroesophageal reflux disease (GERD), is considered one of the most frequent cause found in gastroenterology in doctor's office, due to the importance of patients quality's life. The main complication regarding to this disease is: the esophageal adenocarcinoma, presenting the eighth most common cancer worldwide, varying in frequency in high and low incidence regions. **OBJECTIVE:** The aim of this study is to verify the influence of GERD on esophageal adenocarcinoma. **METHODS:** The research was based on bibliographic database, Pubmed, Scielo, BVS and science direct. Applying inclusion and exclusion selection, 15 total articles were selected. Used recent publication and related articles topic. **RESULTS:** Most patients with gastroesophageal reflux disease have a 10 to 15% chance to increase Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma (EA). **CONCLUSION:** Barrett's esophagus is the evolution of GERD by long time, the concern about Barrett's esophagus is the risk of esophageal adenocarcinoma.

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago foi relatado pela primeira vez por Kelsen e seus colaboradores em 1980, o tipo especificado e reportado trata-se do carcinoma de esôfago tipo células pequenas. Na contemporaneidade o número de casos de câncer de esôfago, principalmente do tipo adenocarcinoma, vem aumentando de maneira substancial devido a mudança dos padrões dos hábitos de vida mundial.[1]

A má alimentação, a maior ingestão de bebida alcoólicas, tabagismo e sedentarismo são consequências do aumento da população portadora de obesidade e síndrome metabólica, aumentando a pré-disposição para Doença do Refluxo Gastroesofágico e suas complicações (Adenocarcinoma de esôfago).[2]

O diagnóstico precoce do Adenocarcinoma é um grande desafio no Mundo, visto usualmente que o quadro inicial da neoplasia é assintomático, e as alterações endoscópicas são sutis e de difícil reconhecimento. Quando há o aparecimento dos sintomas a luz do esôfago já está sub obstruída causando manifestações clínicas de disfagia, que a longo prazo poderá ocasionar em perda ponderal, sangramentos e dor torácica não coronariana. [2]

No ano de 2014 os gastos públicos para o tratamento de todos os tipos de câncer no Brasil foi em média 2,5 bilhões de reais, valor que em grande maioria dos casos de adenocarcinoma poderia ser economizado com medidas preventivas nas Unidades Básicas de Saúde, [3] assim haveria medidas dietéticas para então evitar casos de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e suas complicações

MATERIAIS E MÉTODOS

A seguinte revisão sistemática foi confeccionada a partir das bases de dados Scielo e Pubmed partindo dos descritores: “DRGE”; “Doença do refluxo gastresofágico”; “Câncer de esôfago”; “Neoplasia de Esôfago”; “Esôfago de Barrett”.

Utilizou-se como critério de inclusão artigos, pesquisas e trabalhos que foram publicados no período entre 2014 a 2019 (6 anos), na língua portuguesa e inglesa. Artigos que não contribuírem com o tema em questão, não estiverem disponíveis nas bases de dados citadas e que estiverem em idiomas não descritos nos critérios de inclusão foram excluídos.

A pesquisa consiste em leitura rápida e exploratória acerca da temática, seguindo por uma leitura seletiva aprofundando sobre as partes que mais interessarem ao objetivo, assim registrando as informações mais benéficas. Portanto, o trabalho foi feito a partir da leitura analítica nas fontes abordando o tema em questão. A análise estatística foi realizada no Excel (Microsoft®) e descritos os valores relativos. Os dados foram analisados de forma descritiva numericamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Certamente, a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é considerada a causa mais frequente encontrada nos consultórios de gastroenterologia, devido a sua influência substancial na qualidade de vida dos pacientes. Mohammad Derakhshan et al. [1] e Vitoriano Ana et al. [2] convergem no fato de buscar demonstrar a incidência da doença do refluxo, sendo que ao corroborar com o estudo de ambos é possível estimar que 20-50% da população adulta mundial sofre de DRGE, tendo maior predomínio pelos países ocidentais. Assim, Mohammad Derakhshan et al. [1] deixa claro que a epidemiologia afeta de forma drástica a economia voltada a saúde no mundo devido aos custos com diagnóstico e tratamento, principalmente quando há complicações como o adenocarcinoma de esôfago.

Rios Nikaelle et al. [3] de forma objetiva busca avaliar fatores que trazem a detecção da displasia nos pacientes com esôfago de barrett. Para poder realizar essa avaliação foi feita análise dos exames de endoscopia realizadas em um grupo de pessoas selecionadas, através desta análise o autor e seus colaboradores afirmam que os pacientes com DRGE possuem cerca de 10 a 15% de chance para desenvolvimento do esôfago de Barrett, sendo que o mesmo pode evoluir para displasia e adenocarcinoma esofágico.

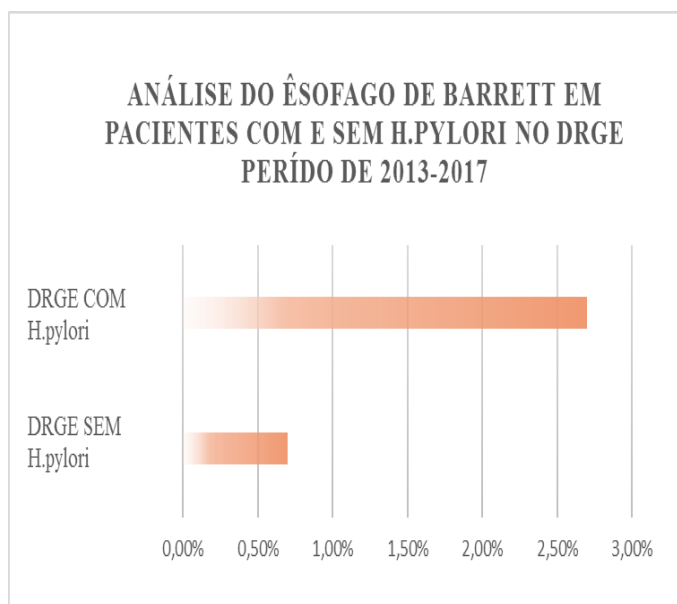
Ao observar o estudo de Rio Nikaelle et al. [3] a seguinte revisão traz uma relação do mesmo com o estudo de Pereira Ricardo et al. [4], pois este durante sua revisão descreve técnicas cirúrgicas endoscópicas promissoras para fazer análise e até mesmo tratamento da DRGE. O autor conclui que o potencial terapêutico e a aplicabilidade de tais técnicas ainda merecem aprimoramento, como resultados da sua pesquisa o

autor e os seus colaboradores conseguem afirmar que a aplicação da radiofrequência no esfíncter esofágico inferior (EEI) é eficaz principalmente se combinado ao uso dos inibidores da bomba de prótons.

Em concordância com o estudo de Rio Nikaelle et al. [3] a seguinte revisão através da análise de artigos pode concluir que a DRGE é desenvolvida a partir do conteúdo gástrico refluído para o esôfago o que prejudica as funções do EEI, portanto a radiofrequência irá agir melhorando tal déficit. A leitura de artigos de diversos autores traz por conclusão ainda que a DRGE acarreta importantes complicações como esofagite, esôfago de Barrett e o adenocarcinoma de esôfago.

Carli Diego et al. [5] em uma abordagem divergente aos demais autores busca investigar a prevalência do esôfago de Barrett entre pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta dentro do período de 2013 à 2017. Através deste banco de dados o estudo traz que pacientes com DRGE infectados com *Helicobacter pylori* possuem o risco de até trinta vezes mais de ocorrência da epiteliação colunar se comparados com os sem infecção, sendo assim a figura abaixo descreve a porcentagem do AE global e do AE relacionada a DRGE.

Figura I. Gráfico representativo da prevalência do AE associado ao DRGE através da análise de endoscopias realizadas no período de 2013 à 2017.



Carli Diego et al. [5] deixa claro que o esôfago de Barrett é uma complicação da doença do refluxo gastroesofágico, sendo esta uma precursora do adenocarcinoma esofágico. Sendo que, sua incidência apresenta aumento na maioria dos países

ocidentais, como já afirmado em parágrafos anteriores. El-serag et al. [6] ao atualizar dados epidemiológicos de uma revisão de 2005 para o ano de 2014 deixou evidente o aumento da prevalência do DRGE, sendo que somente no leste da Ásia há estimativas de redução da epidemiologia em valores de 10% a menos.

Em uma abordagem divergente dos demais autores já mencionados Freitas Alexandre et al. [7] traz consigo que os sintomas pós-operatório são mais exuberantes em pacientes obesos, e por esta afirmação buscou analisar os resultados do tratamento cirúrgico da DRGE de acordo com o índice de massa corpórea (IMC).

Bernardes Carolina et al. [8] determina a prevalência do esôfago de Barrett e sua relação com refluxo gastroesofágico, porém afunila melhor a população fazendo escolha dos pacientes do hospital universitário do município de Alfenas para realizar sua pesquisa junto aos seus colaboradores. Como resultado o estudo em questão traz a possibilidade de realizar uma associação significativa entre esôfago de Barrett (EB) e a DRGE da mesma forma que há relação entre EB e adenocarcinoma esofágico ao analisar os pacientes.

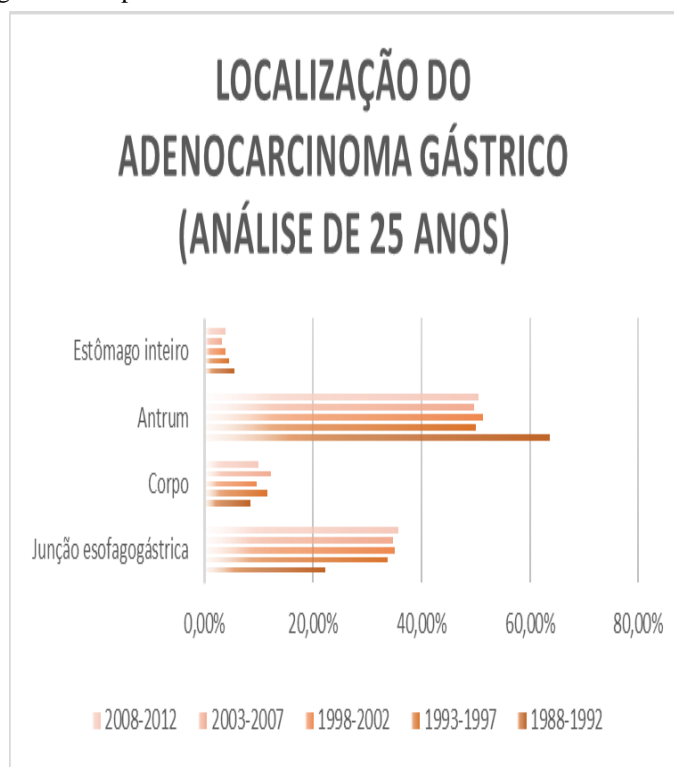
A seguinte revisão converge com a ideia central de Bernardes Carolina et al. [8] por afirmar que o EB é resultante de uma complicação da DRGE de longa duração. Sendo assim, a preocupação do EB seria o risco da progressão para o câncer e para tumores letais em geral. Liu Kai et al. [9] em um relevante estudo traz avaliações do adenocarcinoma juncional esofagogástrico (AJEG) e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), para isso usa como base dados um hospital chinês em um leque periódico de 1988 à 2012 o que torna seu estudo de maior potencial. Este junto aos demais autores contribuintes podem-se observar que há certa tendência entre eles, onde foram estudados durante os últimos 25 anos.

Portanto a casualidade entre DRGE e AJEG ainda é incerto e precisa ser devidamente pesquisada, sendo que ao complementar o que é mencionado por Liu Kai et al. tem-se que não soube pesquisar quais fatores levaram ao aparecimento desta casualidade abordada, o que confirma a necessidade da vigilância endoscópica ou realizar quimioprevenção com o uso de AAS (ácido acetilsalicílico) 100 mg+ inibidor da bomba de

prótons 40 mg + sinvastatina 20 mg medidas essas que variam de acordo com o perfil de cada paciente.

Contudo, é necessário entender as mudanças de DRGE e AJEG na China ao longo do tempo. No entanto, houve raros relatórios que avaliaram simultaneamente as tendências da AJEG e da DRGE na China ao longo do tempo. Assim Liu Kai et al. traz como resultados que de 1988 a 2012, um total de 6612 casos de câncer de estômago e esôfago distal foram incluídos em seu banco de dados gástrico e esofágico; entre eles, 1559 pacientes foram excluídos por causa de câncer gástrico remanescente, outra malignidade do estômago, carcinoma escamoso esofágico distal e malignidade gástrica ou esofágica multicêntrica.[9]

Figura II. Distribuição anatômica do adenocarcinoma gástrico no período de 25 anos entre 1988 e 2012.

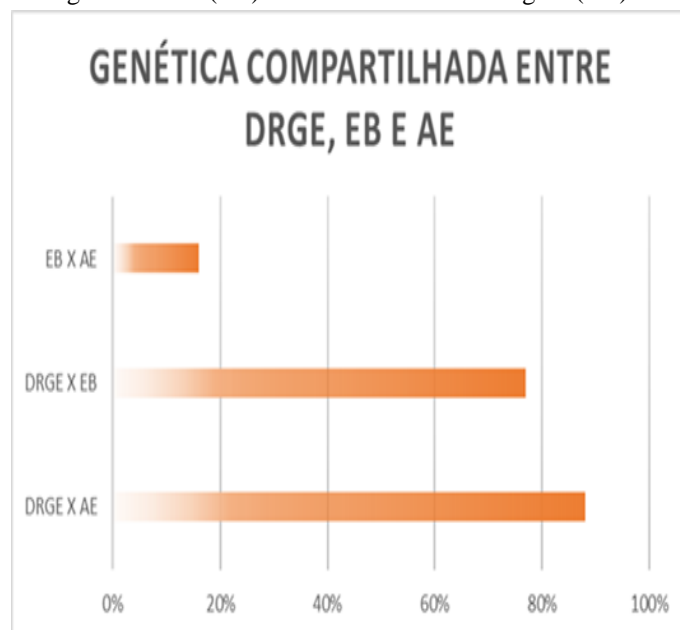


Ao partir para o enfoque da genética e do motivo desta predispor o surgimento do refluxo gastroesofágico, traz-se o estudo de Legaki Evangelia et al. [10] e Bohmer et al. [11], ambos trazem enfoque no fato da DRGE ser uma desordem multivariada, a qual inclui estruturas anatômicas anormais e comorbidades afetadas por fatores ambientais e genéticos. Em ambos os estudos também há enfoque em buscar a sobreposição genética entre DRGE e EB.

Bohmer et al.[11] através de estudos epidemiológicos mostrou que a DRGE é uma doença multifatorial de grande complexidade genética e por este motivo estudos de associação genômica ampla fornecem estudos mais aprofundados sobre a genética da DRGE e como esta viria a se sobrepor sobre o adenocarcinoma gástrico.

Gharakhani et al.[12] também busca o entendimento genético para justificar a prevalência da DRGE sobre o adenocarcinoma esofágico, porém para este entendimento o autor e seus colaboradores realizaram mapeamento fino e os estudos funcionais levam à identificação de moléculas chave no desenvolvimento do esôfago de Barrett e do adenocarcinoma esofágico, assim novas estratégias avançadas de prevenção e intervenção são aplicadas.

Figura III. Gráfico demonstrativo da genética compartilhada entre doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), esôfago de barrett (EB) e adenocarcinoma esofágico (AE).



Certamente, a obesidade é um dos fatores desencadeantes da DRGE e ao fazer uma abordagem do tratamento para obesos afim de evitar que a DRGE evolua para quadro de adenocarcinoma esofágico Nadaletto et al. [13] deixa claro que as técnicas bariátricas são uma opção, pelo fato de causar uma diminuição da pressão abdominal secundária a perda de peso, contudo deve se atentar que outros métodos cirúrgicos podem levar a uma piora funcional do quadro por causar ruptura dos mecanismos anatômicos antirrefluxos naturais.

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), é comum em muitas comunidades, e está associada a fatores estruturais, hábitos alimentares e uso de certos medicamentos. O uso de tais drogas pode levar ao surgimento de DRGE e também pode agravar os sintomas de refluxo existentes. Esses fármacos podem contribuir para a DRGE, causando diretamente danos à mucosa, reduzindo a menor pressão do esfíncter esofágico. [14]

Quadro I. Tabela correspondente aos efeitos de algumas classes de medicamentos na DRGE.

Redutores da pressão do EEI	Indutores da inflamação e danos esofágicos	Indutores de atraso do esvaziamento gástrico
Beta adrenérgicos agonistas	Bifosfatos	Bloqueadores dos canais de cálcio
Alfa adrenérgicos agonistas	AINES	
Anticolinérgicos	Ácido ascórbico	
Nitratos	Cloreto de potássio	
Benzodiazepínicos	Quinidinas	
Estrogênio	Tetraciclina	
Progesterona	Cefalosporinas	
Antidepressivos tricíclicos		
Inibidores seletivos de serotonina		

O tratamento da DRGE consiste em uma primeira abordagem a mudança de medidas comportamentais como: Elevação da cabeceira da cama, evitar deitar-se nas 2 horas após as refeições, reduzir ou cessar o fumo, reduzir o peso corporal, moderar a ingestão de alimentos com maior teor de gordura, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos a base de tomate e chocolate), caso o paciente ainda persista com sintomas característicos da DRGE é recomendado o início da terapia farmacológica. [14, 15]

As medidas terapêuticas tem como objetivo aliviar os sintomas e cicatrizar as lesões causadas pela irritação da mucosa a partir da acidez do conteúdo gástrico, a medicação de escolha são os Inibidores da Bomba de Prótons (IBP), quanto a sua

administração deve ser individualizada a partir da classificação do grau de esofagite, quando em classificação A ou B de Los Angeles é recomendado a dose plena por 6 a 12 semanas, já em classificações com maior gravidade (C e D) utiliza-se o dobro da dose plena pelo mesmo período de tempo. [16]

O diagnóstico da DRGE inicialmente é feito a partir da história clínica detalhada que consiste usualmente em sensação retroesternal de queimação com irradiação até o pescoço, ocorre em até 1 hora após a ingestão de alimentos. Como critérios diagnósticos utiliza-se como convenção a presença desse sintoma pelo menos duas vezes por semana, em um período de tempo entre quatro e oito semanas. A endoscopia digestiva alta (EDA) é o exame complementar de escolha, caso não consiga definir o diagnóstico recomenda-se a phmetria, considerada o exame padrão ouro. [16, 17]

Takeda Flávio Roberto. [15] afirma que o tratamento cirúrgico continua sendo um componente fundamental do tratamento do adenocarcinoma esofágico localizado. Múltiplas abordagens foram descritas para a esofagectomia[18], a qual seria a melhor opção cirúrgica, porém antes de realiza-la é preciso estar atento se o paciente suportaria uma cirurgia de tamanho porte, sendo que esta pode ser tematicamente agrupada em duas categorias principais: esofagectomia transtorácica ou esofagectomia transiatal. [19, 20]

Após a análise dos 20 artigos, é possível observar que se faz necessário uma melhor abordagem da DRGE perante a sociedade, afim de evitar que esta evolua para maiores graus como é o caso da evolução para adenocarcinoma esofágico, sendo que a adesão correta ao tratamento faz-se fundamental. Quadro I. Tabela correspondente aos efeitos de algumas classes de medicamentos na DRGE.

Quadro II. Tabela correspondente aos principais artigos para construção da revisão

Autores	Objetivos	Relação DRGE com EA	Conclusão
Rios, N. X.; Guimarães, D. F. ET AL., 2018	Avaliar fatores relacionados à detecção de displasia em pacientes com esôfago de Barrett longo.	Pacientes com (DRGE) têm de 10 a 15% de chance de desenvolver BE. Este pode evoluir para displasia e EA	O maior número de endoscopias realizadas foi um fator relacionado à maior detecção de displasia/adenocarcinoma em pacientes com esôfago de Barrett no HUWC-UFC.
Freitas, A. C.; Marciniak, B. M. et al., 2017	Analisar os resultados do tratamento cirúrgico da DRGE de acordo com o IMC		Os sintomas do pós-operatório são mais exuberantes em pacientes obesos, sendo que no pós-operatório tardio não há diferenças significativas de recuperação.
Pereira, R. M.; Cardoso, L. C. et al., 2017	Evidenciar algumas técnicas cirúrgicas endoscópicas promissoras para o tratamento da DRGE e analisá-las quanto sua disponibilidade e aplicabilidade no homem.	A DRGE se desenvolve quando o conteúdo gástrico reflui, para o esôfago devido a alterações que envolvem a função do EEI, o peristaltismo esofágico e o esvaziamento gástrico.	No homem, a aplicação de radiofrequência na região do EEI se mostrou eficaz, mesmo após uma década de sua aplicação, quando combinada ao uso de IBP. Por outro lado, os efeitos a longo prazo de técnicas endoscópicas como a funduplicatura transoral e a injeção de biopolímeros no EEI, ainda são desconhecidos.
Vitoriano, A. B.; Nobre, C. V.; Mendes, I. C., 2019	Analisar os casos de mortalidade por carcinoma de esôfago no nordeste brasileiro no período de 2012 a 2016.	Houve uma prevalência no índice de mortalidade e reduzir essas estatísticas tem-se como prevenção identificar e tratar a DRGE.	O carcinoma de esôfago apresenta alta taxa de mortalidade, por conta do diagnóstico em estágios avançados, fatores ambientais e estilo de vida, sendo necessário o diagnóstico precoce com a realização da endoscopia digestiva para reverter esse número crescente de mortalidade.
Bernardes, C. O.; Santos, L. I.; Prado, A. C. et al., 2016	Determinar a prevalência do esôfago de Barret e sua relação com refluxo gastroesofágico, bem como com o EA	O EB resulta de complicação da DRGE de longa duração. A grande preocupação é o risco de progressão ao câncer.	Não foi evidenciado uma associação significativa entre o BE e a DRGE. Também não foi observada uma relação entre o EB e o EA. Verificou-se uma associação significativa entre o adenocarcinoma esofágico e o gênero; DRGE e o gênero.
Carli, D. M.; Araújo, A. F.; Fagundes, R. B., 2016	Investigar a prevalência do EB entre pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta nos últimos 5 anos.	O EB, é uma complicação da DRGE, é um precursor do EA. Sendo que sua incidência tem aumentado na maioria dos países ocidentais.	Pacientes com DRGE apresentaram risco 30 vezes maior que demais pacientes para a epitelização colunar. O risco de ocorrência de EB em segmentos longos foi oito vezes maior. A prevalência de EB foi 0,7%. Em pacientes com DRGE a prevalência foi 2,7%. Segmentos longos de EB representaram 0,3% e em pacientes com DRGE 1,1%.
Takeda, F. R., 2017	Comparar a esofagectomia por via transtorácica por toraroscopia com esofagectomia por via transhiatal em relação a mortalidade; nº de linfonodos ressecados.		Ambos os métodos são seguros com taxas de morbidade e mortalidade semelhantes. A esofagectomia por toraroscopia permite uma ressecção maior do número de linfonodos. As sobrevidas são semelhantes, entretanto até o estágio 2B a esofagectomia por toraroscopia melhora a sobrevida.
Liu Kai; Yang Kun; Zhang Weihai; et al., 2016	Avaliar as alterações do EGJA e DRGE entre pacientes cirúrgicos de 1988 a 2012 em um hospital chinês.	Alterações da prevalência de DRGE e características clínico patológicas e tratamento cirúrgico da EGJA foram analisadas por um intervalo de 5 anos.	Uma tendência crescente de EGJA é observada durante os últimos 25 anos no Hospital da China Ocidental. A prevalência de DRGE entre EGJA mostrou aumentada. A causalidade entre a DRGE e a EGJA precisa ser pesquisada. A gastrectomia total é o preferido em pacientes com EGJA.
Mohammad H D.; Melina A. et al., 2016	Analisar a incidência de adenocarcinoma esofágico e adenocarcinoma de esôfago.		A associação negativa entre o câncer gástrico e o CAE em ambos as incidências e tendências temporais é consistente com um fator ambiental comum.
Legaki E., Gazouli M. et al., 2018	Analisar as formas genéticas que predis põem o surgimento do refluxo gastroesofágico		A DRGE provou ser uma desordem multivariada, incluindo estruturas anatômicas anormais e co-morbidades, afetadas por fatores ambientais e genéticos.
El-serag hb, Sweet s, cc Winchester, Dent J., 2014	Atualizar os achados da revisão sistemática de 2005 de estudos populacionais que avaliaram a epidemiologia da DRGE.		A DRGE é prevalente em todo o mundo e a carga da doença pode estar aumentando. As estimativas mostram considerável variação geográfica, mas apenas o leste da Ásia mostra estimativas consistentemente inferiores a 10%.
Bohmer AC, Schumacher J., 2017	A revisão resume o conhecimento da genética da DRGE e uma possível sobreposição genética entre DRGE e BE e EA.	A DRGE está associada à obesidade e à hérnia de hiato e frequentemente precede o desenvolvimento do BE e do EA.	Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência da DRGE está aumentando. É uma doença multifatorial, com uma genética complexa. Estudos de associação genômica ampla forneceram insights iniciais sobre o histórico genético
Nadaletto bf, Herbella fa, Patti mg., 2016	Esta revisão enfoca o tratamento adequado para a DRGE em obesos com base em sua fisiopatologia.		Todas as técnicas bariátricas podem melhorar os sintomas da DRGE devido a uma diminuição da pressão abdominal secundária à perda de peso. Algumas operações podem levar a ruptura dos mecanismos anatômicos antirrefluxo.
Mungan z, Pinarbaşı Simşek b., 2017	Evidenciar drogas que predis põem ao surgimento ou piora do quadro clínico da DRGE.	As drogas da DRGE podem contribuir para a sua piora, causando danos às mucosas, reduzindo a pressão do LESP.	A DRGE é comum em muitas comunidades, está associada a fatores estruturais, hábitos alimentares e uso de certas drogas.
Gharahkhani p, Fitzgerald rc, Vaughan tl et al., 2016	Identificar novas variantes de risco genético para o desenvolvimento do esôfago de Barrett e do adenocarcinoma esofágico.		O mapeamento fino e os estudos funcionais de novos locos de risco podem levar à identificação de moléculas-chave no desenvolvimento do esôfago de Barrett e do adenocarcinoma esofágico, o que pode estimular o desenvolvimento de estratégias avançadas de prevenção e intervenção.

Figura IV. Frequência de publicação anual dos 20 artigos.

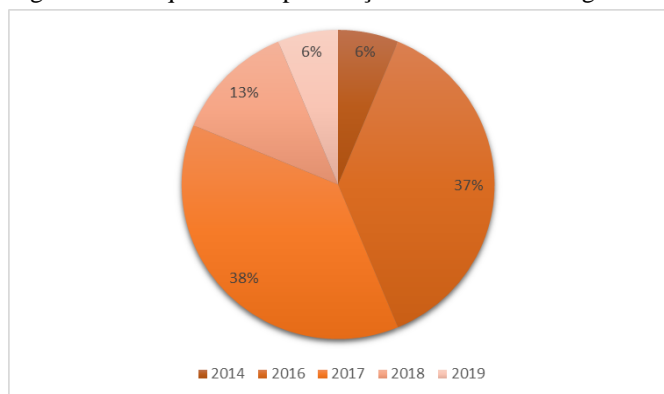


Figura V. Fluxograma de seleção dos artigos nas bases de dados “Pubmed”, “SciELO”, “google acadêmico” e “lislacs”.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, o adenocarcinoma de esôfago advém de uma complicação da doença do refluxo gastroesofágico a mesma também é precursora do esôfago de Barrett. Sendo assim, no decorrer dos anos houve uma certa prevalência no índice de mortalidade e afim de buscar reduzir essas estatísticas tem-se como prevenção principal identificar e tratar a DRGE de forma adequada.

No contexto das complicações da DRGE, tem havido incertezas quanto a caracterização dos adenocarcinomas, os quais abrangem a área desde o esôfago inferior até o esôfago distal. Porém nas últimas décadas é comum haver mudanças de distribuição anatômica do câncer gástrico, o qual se origina na maioria das vezes no estômago proximal próximo à junção com o esôfago.

Contudo, faz-se fundamental o reconhecimento precoce da DRGE e que se busque seu adequado manejo no objetivo de evitar a progressão da patologia, pois o manejo terapêutico da enfermidade em questão junto à corretos hábitos dietéticos fazem da doença do refluxo ser controlável, porém se

não tratada evolui para complicações como a do adenocarcinoma esfágico, a qual é uma doença de difícil manejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mohammad H Derakhshan; Melina Arnold; David H Brewster et al. Worldwide Inverse Association between Gastric Cancer and Esophageal Adenocarcinoma Suggesting a Common Environmental Factor Exerting Opposing Effects. American journal of gastrology. v. 4, p. 1-53, 2016.
2. Vitoriano, Ana Beatriz; Nobre, Carla Viviane; Mendes, Igor Cordeiro. Mortalidade por carcinoma de esôfago no período de 2012-2016 no nordeste brasileiro: uma análise epidemiológica. Revista interdisciplinar de enfermagem. v. 2, n. 1, p. 1-5, 2019.
3. Rios, Nikaelle Ximenes; Guimarães, Danilo Frota et al. Factors related to dysplasia detection in patients with long-segment barrets esophagus in the Walter Cantídio University Hospital. Revista de medicina UFC. v. 58, n. 2, p. 36-40, 2018.
4. Pereira, Ricardo Motta; Cardoso, Lorena Costa et al. Novas perspectivas para tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (drge). Revista Universo Belo Horizonte. v. 1, n. 2, p. 1-7, 2017.
5. Carli, Diego Michelon; Araújo, Amanda Faria; Fagundes, Renato Borges. Low prevalence of barrett’s esophagus in a risk area for esophageal cancer in south of brazil. Arquivos de gastrologia. v. 54, n. 4, p. 1-3, 2017.
6. El-Serag Hb, Sweet S, CC Winchester, Dent J. Atualização sobre a epidemiologia da doença do refluxo gastro-esofágico: uma revisão sistemática. BMJ journals. v. 63, n. 3, p. 871-880. 2014.
7. Freitas, Alexandre Coutinho; Marciniak, Barbara Milena et al. Efeito do índice de massa corporal no tratamento cirúrgico do refluxo gastroesofágico. v.4 n.3, 2017.

8. Bernardes, Carolina Oliveira; Santos, Laura Inês; Prado, Aline Chagas et al. Fatores de risco para o Esôfago de Barrett: um estudo retrospectivo. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. V. 14, n. 2, p. 1-7, 2016.
9. Liu Kai; Yang Kun; Zhang Weihang; et al. Changes of Esophagogastric Junctional Adenocarcinoma and Gastroesophageal Reflux Disease Among Surgical Patients During 1988–2012. *Annals of surgery*. v. 263, n. 1, p. 88-95, 2016.
10. Legaki Evangelia, Gazouli Maria et al. Risk factors for gastroesophageal reflux disease and analysis of genetic contributors. *World Journal of clinical cases*. v. 6, n. 8, p. 176-182, 2018.
11. Böhmer Ac, Schumacher J. Insights into the genetics of gastroesophageal reflux disease (GERD) and GERD-related disorders. *Neurogastroenterol Motil*. v.29, n.2, 2017.
12. Gharakhani P, Fitzgerald Rc, Vaughan Tl et al. Genome-wide association studies in oesophageal adenocarcinoma and Barrett's oesophagus: a large-scale meta-analysis. *Lancet Oncol*. V. 17, n. 10, p. 1363-1373, 2016.
13. Nadaletto BF, Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease in the obese: Pathophysiology and treatment, v. 152, n. 2, p. 475-486, 2016.
14. Mungan Z, Pinarbaşı Simşek B. Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? *V*. 28, n. 4, p. 38-43, 2017.
15. Takeda, Flávio Roberto. Comparative study of transhiatal and transthoracic esophagectomy results in adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *V*. 12, n. 4, p.-130, 2017.
16. Pereira Ricardo et al. Novas perspectivas para o tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). *Revistas de trabalhos acadêmicos*. v.1, n. 2, p. 19-22, 2017.
17. Shivappa Nitin, Hebert James et al. Dietary inflammatory index and risk of reflux oesophagitis, Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma: a population-based case-control study. *British journal of nutrition*. v. 117, n. 9, p. 1323-1331, 2017.
18. Yang Kun, Liu Kai, Zhang et al. Changes of Esophagogastric Junctional Adenocarcinoma and Gastroesophageal Reflux Disease Among Surgical Patients During 1988–2012. *Annals of surgery*. v. 263, n. 1, p. 88-95, 2016.
19. Buas Matthew et al. Candidate serum metabolite biomarkers for differentiating gastroesophageal reflux disease, Barrett's esophagus, and high-grade dysplasia/esophageal adenocarcinoma. v. 13, n.23, p. 80-89, 2017.
20. Kauttu T., Mustonen H., Salo J. et al. Disintegrin and metalloproteinases (ADAMs) expression in gastroesophageal reflux disease and in esophageal adenocarcinoma. v. 17, n. 7, p. 171-177, 2017.