



## RESUMO

### Desempenho da endoscopia digestiva alta no diagnóstico de hérnia hiatal deslizante

AUTOR PRINCIPAL:

LUMA GUARESCHI

E-MAIL:

lumaguareschi@gmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Probic Fapergs

CO-AUTORES:

Rafaela Wagner, Andréia Terezinha Maia Gronevalt, Telma Elita Bertolin

ORIENTADOR:

FERNANDO FORNARI

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.01.11-8

UNIVERSIDADE:

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

INTRODUÇÃO:

A hérnia hiatal deslizante (HHD) ocorre quando parte do estômago ascende para o tórax através do hiato diafragmático. É acompanhada da separação do esfíncter esofágico inferior e da crura diafragmática, podendo levar à falência da barreira anti-refluxo e, conseqüentemente, à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). De fato, HHD é descrita em até 40% dos pacientes com DRGE, podendo resultar em refluxo grave, particularmente em HHD volumosas. No entanto, pacientes com HHD podem ser assintomáticos, especialmente no caso de herniação pequena. Na prática, tanto a endoscopia digestiva alta (EDA) quanto o Rx contrastado de esôfago, estômago e duodeno (REED) são utilizados para o diagnóstico de HHD. Com menos frequência, a manometria do esôfago pode identificar HHD. O método mais utilizado é a endoscopia, apesar de relatada superioridade do REED em termos diagnósticos. O objetivo do nosso estudo foi avaliar o desempenho da EDA no diagnóstico de HHD, tendo como referência o REED.

METODOLOGIA:

Dezenove pacientes adultos com sintomas esofágicos realizaram, como parte da rotina de investigação, EDA e REED. A EDA consistiu em video-endoscopia sob sedação moderada (midazolam endovenoso, 0,03 a 0,05 mg/kg), na qual HHD foi identificada na presença de pregas gástricas 2 ou mais centímetros acima do pinçamento diafragmático. Todos os pacientes foram avaliados por um único endoscopista. O REED foi realizado em uma clínica de radiologia com protocolo uniformizado, e interpretado por radiologistas experientes. Endoscopista e radiologistas não estavam cientes do resultado do exame de comparação no momento da interpretação dos achados. Outros 30 pacientes realizaram duas EDAs cada, com intervalo de 60 dias, como parte de um ensaio clínico randomizado local. Analisou-se a concordância intra-observador da EDA no diagnóstico da HHD.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES:

A análise dos 19 pacientes submetidos à EDA e ao REED demonstrou uma concordância de 84% entre os dois exames no diagnóstico de HHD: 7 pacientes apresentaram ausência HHD tanto na EDA como no REED, 9 pacientes apresentaram HHD nos dois exames, 1 paciente apresentou HHD apenas na EDA e 2 pacientes apresentaram HHD apenas no REED. Na análise dos 9 pacientes com HHD demonstrada tanto na EDA quanto no REED, pode-se observar uma concordância de 100% quanto ao tamanho da hérnia, classificada em pequena (< 4 cm) e grande ( ≥ 4 cm). Baseando-se nos resultados obtidos pelo REED, a EDA apresentou sensibilidade de 82% (IC 52 - 95), especificidade de 87% (IC 53 - 98), valor preditivo positivo de 90% (IC 65 - 98) e uma acurácia de 84% para o diagnóstico de HHD. A análise dos 30 pacientes submetidos a duas EDAs revelou uma concordância intra-observador perfeita, sendo que 28 pacientes não apresentaram HHD e 2 pacientes apresentaram HHD em ambos os exames.

## CONCLUSÃO:

A endoscopia digestiva alta apresentou alto desempenho no diagnóstico de hérnia hiatal deslizante, tendo como exame referencial o estudo radiológico baritado. Considerando-se sua alta acessibilidade e elevado poder descritivo das patologias do trato digestivo alto, a endoscopia pode ser o exame preferencial na suspeita de hernia hiatal deslizante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.Fornari F, Fucilini L M, Risson C et al. Contribution of standard oesophageal manometry in sliding hiatal hernia:from the gastro-oesophageal pressure gradient to the diagnosis.Dig Liv Dis2009;41:886-890.
- 2.Fornari F, Gurski R R, Navarini D et al. Clinical utility of endoscopy and barium swallow X-ray in the diagnosis of sliding hiatal hernia in morbidly obese patients:a study before and after gastric bypass.Obes Surg2010;20:702-708.

---

Assinatura do aluno

---

Assinatura do orientador