

IMPACTO DA OBESIDADE E DA PERDA DE PESO NA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE): UMA REVISÃO INTEGRATIVA**IMPACT OF OBESITY AND WEIGHT LOSS ON GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD): AN INTEGRATIVE REVIEW****IMPACTO DE LA OBESIDAD Y LA PÉRDIDA DE PESO EN LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE): UNA REVISIÓN INTEGRATIVA** 10.56238/revgeov17n4-016**Nicolle de Sousa Guimarães**

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: nicolleguimaraes048@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-8179-4680>

Nathalia Karoline Nunes Ribeiro Machado Lemes

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: nathaliakarolinenrm58@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5703-4935>

Hiury Vilela Teles

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: hiuryvt@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5320-650X>

Aline Moreira Moraes

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV)
E-mail: alinemoraes107@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9925-9685>

Maria Carolina Cruz de Paula

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: Zcruzcarolina@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6422-9726>

Bruno Luiz Silva

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: brunoluizsilva11@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3025-6425>

Relton Luiz Silva Filho

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: relton.l.s.filho@academico.unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-1479-4656>

Gabriella de Melo Nunes

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: Gabriella.m.nunes@academico.unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-8039-0976>

Nicole da Silva Mendonça

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: nicole.smendonca2005@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8273-6524>

Marco Túlio Kaji Ferreira dos Santos

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: Marco.santos@academico.unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-5703-4935>

Edgar Veiga Monero

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: Edgarveigamonero@yahoo.com.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9114-4306>

Giovanna Correia Machado

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: giovanna.machado@academico.unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2723-0573/print>

Maria Eduarda Araujo de Sousa Moura

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: eduardaaraujomoura03@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-6963-7826>

Amanda Lemes Quirino

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: amanda.quirino@academico.unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-4400-8123>

Raíssa Teodoro Gouveia

Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP) – Campus Mineiros
E-mail: raissateodorogouveia@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1140-3400>

Valdir Batista Teles Filho

Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP) – Campus Mineiros
E-mail: valdirfilhomedfamp@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-5682-5589>



Grégori Furtado Parreira

Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP) – Campus Mineiros
Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3943-7134>

Gabriella Borges Oliveira

Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: gabriella.b.oliveira@academico.unirv.edu.br
<https://orcid.org/0009-0001-0671-507X>

Luiz Guilherme Roriz de Amorim Marques

Instituição: Universidade Evangelica de Goiás
E-mail: luizg__@hotmail.com

Ernandes da Silva Filho

Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública
Instituição: Universidade de Rio Verde (UniRV) - Campus Goianésia
E-mail: ernandes.filho@unirv.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2926-5120>

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar a relação fisiopatológica entre a obesidade e a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), bem como o impacto da perda de peso na resolução dos sintomas. A metodologia consistiu numa revisão integrativa da literatura, baseada em artigos científicos publicados entre 2006 e 2024, indexados em bases de dados como PubMed, ACG Guidelines e NEJM. Foram selecionados 8 estudos que abordam a correlação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a frequência de pirose, os mecanismos de pressão intra-abdominal e a eficácia de intervenções dietéticas e farmacológicas. Os resultados indicam que o excesso de peso é um fator de risco determinante para o desenvolvimento da DRGE, aumentando a probabilidade de complicações como o Esôfago de Barrett. Estratégias como a perda de peso estruturada e o uso de novos fármacos antiobesidade mostraram-se eficazes para promover a redução da exposição ácida esofágica e melhorar a qualidade de vida. Conclui-se que o manejo do peso deve ser um pilar central no tratamento da DRGE em pacientes com sobrepeso ou obesidade. O estudo ressalta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para otimizar o controle dos sintomas e prevenir a progressão da doença.

Palavras-chave: DRGE. Obesidade. Perda de Peso. Fisiopatologia. Junção Esofagogástrica.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the pathophysiological relationship between obesity and Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), as well as the impact of weight loss on symptom resolution. The methodology consisted of an integrative literature review, based on scientific articles published between 2006 and 2024, indexed in databases such as PubMed, ACG Guidelines, and NEJM. Eight studies were selected that address the correlation between Body Mass Index (BMI) and heartburn frequency, intra-abdominal pressure mechanisms, and the effectiveness of dietary and pharmacological interventions. The results indicate that excess weight is a determining risk factor for the development of GERD, increasing the likelihood of complications such as Barrett's esophagus. Strategies such as structured weight loss and the use of new anti-obesity drugs have proven effective in promoting the

reduction of esophageal acid exposure and improving quality of life. It is concluded that weight management should be a central pillar in the treatment of GERD in overweight or obese patients. The study highlights the need for a multidisciplinary approach to optimize symptom control and prevent disease progression.

Keywords: GERD. Obesity. Weight Loss. Pathophysiology. Esophagogastric Junction.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar la relación fisiopatológica entre la obesidad y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), así como el impacto de la pérdida de peso en la resolución de los síntomas. La metodología consistió en una revisión bibliográfica integradora, basada en artículos científicos publicados entre 2006 y 2024, indexados en bases de datos como PubMed, ACG Guidelines y NEJM. Se seleccionaron ocho estudios que abordan la correlación entre el índice de masa corporal (IMC) y la frecuencia de la acidez estomacal, los mecanismos de presión intraabdominal y la efectividad de las intervenciones dietéticas y farmacológicas. Los resultados indican que el exceso de peso es un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la ERGE, aumentando la probabilidad de complicaciones como el esófago de Barrett. Estrategias como la pérdida de peso estructurada y el uso de nuevos fármacos contra la obesidad han demostrado ser eficaces para promover la reducción de la exposición ácida esofágica y mejorar la calidad de vida. Se concluye que el control del peso debe ser un pilar fundamental en el tratamiento de la ERGE en pacientes con sobrepeso u obesidad. El estudio subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinario para optimizar el control de los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad.

Palabras clave: ERGE. Obesidad. Pérdida de Peso. Fisiopatología. Unión Esofagogastrica.



1 INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é conceituada como uma condição clínica desencadeada pelo fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, resultando em um espectro de sintomas esofágicos ou extraesofágicos e complicações que comprometem a qualidade de vida do indivíduo (KATZ et al., 2022). O Colégio Americano de Gastroenterologia (ACG) destaca que a obesidade é um dos principais fatores de risco modificáveis, elevando significativamente a prevalência de pirose e regurgitação.

A DRGE, conforme Jacobson et al. (2006), apresenta uma correlação linear com o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), afetando inclusive indivíduos na faixa de peso normal. Nesse contexto, segundo o estudo clássico publicado no *New England Journal of Medicine*, o ganho de peso, mesmo dentro de limites considerados saudáveis, pode exacerbar os sintomas de refluxo. A análise biológica demonstra que a obesidade promove alterações mecânicas e hormonais que comprometem a barreira antirrefluxo.

O cuidado clínico envolve a compreensão de que a junção esofagogástrica em pacientes obesos sofre com o aumento da pressão intra-abdominal e a maior incidência de hérnia de hiato por deslizamento. No caso da DRGE associada à obesidade, o manejo não deve focar apenas na supressão ácida com Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs), mas sim na redução do peso corporal como intervenção primária (KATZ et al., 2022).

Pacientes com IMC elevado têm maior risco de complicações graves, como esofagite erosiva e adenocarcinoma esofágico. De acordo com o estudo de El-Serag (2007), a dificuldade de controlar o refluxo em obesos está ligada aos relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (RTEEI). Essa falha mecânica afeta a saúde física e representa um desafio para o tratamento clínico convencional. A perda de peso é indicada como terapia de primeira linha, visando preservar a integridade da mucosa esofágica e prevenir complicações.

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A DRGE configura-se como uma das condições gastrointestinais mais prevalentes globalmente, caracterizada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, resultando em sintomas e/ou complicações que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos (KATZ et al., 2022). Sua fisiopatologia é complexa e multifatorial, envolvendo a interação entre alterações estruturais, disfunções motoras e fatores ambientais, entre os quais a obesidade se destaca como um dos principais determinantes modificáveis.

Do ponto de vista fisiológico, a integridade da barreira antirrefluxo depende de mecanismos coordenados, incluindo o tônus adequado do esfíncter esofágico inferior (EEI), o suporte anatômico do diafragma crural, o ângulo de His e a eficiência do esvaziamento gástrico. A disfunção desses



elementos, especialmente a ocorrência de relaxamentos transitórios do EEI, constitui o principal mecanismo responsável pelos episódios de refluxo (PATTI; HERBELLA, 2010).

A obesidade, particularmente a de padrão visceral, exerce impacto direto sobre esses mecanismos. O aumento da pressão intra-abdominal promove maior gradiente de pressão entre o estômago e o esôfago, favorecendo a incompetência do EEI e o refluxo do conteúdo gástrico (EL-SERAG et al., 2007). Além disso, há maior prevalência de hérnia de hiato em indivíduos obesos, condição que agrava a disfunção da junção esofagogástrica e potencializa a exposição ácida esofágica.

Para além dos aspectos mecânicos, a obesidade está associada a um estado inflamatório crônico de baixo grau, mediado pela secreção de adipocinas e citocinas pró-inflamatórias pelo tecido adiposo visceral. Esses mediadores podem interferir na motilidade esofágica, na sensibilidade visceral e na integridade da mucosa, contribuindo para a perpetuação dos sintomas e para o desenvolvimento de complicações, como esofagite erosiva e esôfago de Barrett (EL-SERAG et al., 2007).

Evidências epidemiológicas robustas demonstram uma associação consistente entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e a ocorrência de sintomas de refluxo. O estudo de Jacobson et al. (2006), de grande relevância na literatura, identificou uma relação dose-dependente entre o IMC e a frequência de pirose e regurgitação, inclusive em indivíduos com IMC dentro da faixa considerada normal. Tal achado sugere que o ganho ponderal, mesmo em níveis modestos, pode exercer impacto significativo na fisiopatologia da DRGE.

Nesse contexto, a obesidade não apenas aumenta a incidência da doença, mas também está associada a maior gravidade clínica, pior resposta ao tratamento farmacológico e maior risco de complicações neoplásicas. A persistência da exposição ácida crônica pode levar a alterações metaplásicas do epitélio esofágico, elevando o risco de adenocarcinoma esofágico, o que confere relevância clínica adicional ao controle dos fatores de risco.

Do ponto de vista terapêutico, as diretrizes do ACG (KATZ et al., 2022) enfatizam a importância das intervenções no estilo de vida como componente fundamental do manejo da DRGE, especialmente em pacientes com sobrepeso ou obesidade. Entre essas intervenções, a perda de peso destaca-se como uma das medidas mais eficazes na redução dos sintomas e na melhora dos desfechos clínicos.

Estudos clínicos e observacionais têm demonstrado que a redução do peso corporal está associada à diminuição significativa da frequência e da intensidade dos episódios de refluxo. O ensaio prospectivo conduzido por Singh et al. (2013) evidenciou que a perda de peso estruturada pode levar à resolução completa dos sintomas em uma proporção relevante de pacientes, indicando um efeito potencialmente modificador da história natural da doença.

Adicionalmente, intervenções dietéticas específicas têm sido investigadas como estratégia complementar no manejo da DRGE. A revisão sistemática e meta-análise de Lakananurak et al. (2024)



demonstrou que modificações dietéticas, especialmente aquelas associadas à redução calórica e ao controle de alimentos desencadeantes, contribuem para a redução da exposição ácida esofágica e melhora significativa da sintomatologia.

Dessa forma, a literatura contemporânea converge para o entendimento de que a obesidade desempenha papel central na gênese e progressão da DRGE, atuando por meio de mecanismos inter-relacionados de natureza mecânica, metabólica e inflamatória. Conseqüentemente, a perda de peso emerge não apenas como uma recomendação adjuvante, mas como uma intervenção terapêutica essencial, capaz de atuar diretamente nos determinantes fisiopatológicos da doença.

Nesse cenário, torna-se evidente a necessidade de abordagens integradas e multidisciplinares, que associem estratégias de controle ponderal, intervenções nutricionais e tratamento farmacológico, visando o alívio sintomático e também a modificação do curso clínico da DRGE juntamente com a prevenção de suas complicações a longo prazo.

2 OBJETIVO

Analisar as evidências científicas relacionadas com os mecanismos fisiopatológicos da DRGE em pacientes com obesidade e identificar o impacto da perda de peso estruturada na remissão clínica e na redução da exposição ácida esofágica.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, conduzida com o objetivo de sintetizar e analisar criticamente as evidências científicas disponíveis acerca da relação entre obesidade, perda de peso e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), com ênfase nos mecanismos fisiopatológicos e nos desfechos clínicos.

3.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca bibliográfica foi realizada de forma sistematizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, The New England Journal of Medicine (NEJM) e nas diretrizes clínicas do American College of Gastroenterology (ACG), contemplando publicações no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2024. A delimitação temporal foi estabelecida com o intuito de incluir estudos contemporâneos e de alto impacto, além de marcos relevantes na compreensão da temática.

Foram utilizados os seguintes descritores em inglês, baseados nos termos do Medical Subject Headings (MeSH): “Gastroesophageal Reflux Disease”, “Obesity”, “Body Mass Index” e “Weight Loss”. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a seguinte estratégia:



(“Gastroesophageal Reflux Disease” OR “GERD”) AND (“Obesity” OR “Body Mass Index”) AND (“Weight Loss”).

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos originais (ensaios clínicos, estudos observacionais), revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas;
- Publicações em língua inglesa;
- Trabalhos que abordassem diretamente a associação entre obesidade e DRGE ou o impacto da perda de peso sobre os sintomas, mecanismos fisiopatológicos ou desfechos clínicos da doença;
- Estudos com relevância metodológica e impacto científico reconhecido.
- Foram excluídos:
 - Artigos duplicados entre as bases de dados;
 - Estudos com amostras pouco representativas ou metodologia insuficientemente descrita;
 - Trabalhos que não apresentavam relação direta com o objetivo da pesquisa;
 - Relatos de caso e séries de casos, devido ao menor nível de evidência.

3.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção dos estudos ocorreu em três etapas:

- (1) leitura dos títulos;
- (2) análise dos resumos;
- (3) leitura completa dos artigos potencialmente elegíveis.

Inicialmente, foram identificados estudos potencialmente relevantes, sendo posteriormente submetidos aos critérios de elegibilidade. Ao final do processo, foram selecionados 6 estudos considerados adequados para compor a amostra final desta revisão, incluindo ensaios clínicos prospectivos, revisões sistemáticas e diretrizes internacionais.

3.4 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A extração dos dados foi realizada de forma padronizada, contemplando as seguintes variáveis: autor/ano de publicação, tipo de estudo, população analisada, intervenções (quando aplicável) e principais desfechos relacionados à DRGE.

Os dados foram organizados em tabela sintética para facilitar a comparação entre os estudos e a identificação de padrões consistentes na literatura. A análise foi conduzida de forma qualitativa e descritiva, com ênfase na integração crítica dos achados, considerando a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos.



3.5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Por se tratar de uma revisão integrativa, não foi realizada avaliação quantitativa combinada (meta-análise). No entanto, buscou-se priorizar estudos com maior nível de evidência e relevância clínica, garantindo a robustez das conclusões apresentadas.

Adicionalmente, a utilização de diretrizes clínicas internacionais contribuiu para a validação dos achados e para a contextualização das evidências no cenário da prática médica contemporânea.

4 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou inicialmente na identificação de estudos potencialmente relevantes. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e a remoção de duplicidades, foram selecionados 6 estudos para compor a amostra final desta revisão integrativa.

Os estudos incluídos contemplam diferentes delineamentos metodológicos, sendo: duas revisões sistemáticas, um estudo observacional, um estudo prospectivo e uma diretriz clínica internacional, além de uma revisão narrativa com foco fisiopatológico. As publicações abrangeram o período entre 2006 e 2024, permitindo uma análise atualizada e abrangente sobre a relação entre obesidade, perda de peso e Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE).

De forma geral, os estudos analisaram a associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC), intervenções relacionadas à perda de peso e desfechos clínicos da DRGE, incluindo frequência de sintomas, exposição ácida esofágica e resolução clínica.

Observou-se que todos os estudos relataram associação positiva entre o aumento do IMC e a maior prevalência ou gravidade dos sintomas de refluxo gastroesofágico. Adicionalmente, os estudos que avaliaram intervenções demonstraram que a perda de peso está associada à redução significativa dos sintomas, com evidência de resolução completa em parte dos pacientes.

A síntese dos principais achados dos estudos incluídos está apresentada na Tabela 1.



Tabela 1 – Características e principais resultados dos estudos incluídos

Autor/Ano	Tipo de estudo	População	Variáveis analisadas	Principais desfechos
El-Serag et al., 2007	Revisão sistemática	Adultos	IMC, pressão intra-abdominal, DRGE	Associação entre obesidade e risco de DRGE; mecanismos mecânicos
Jacobson et al., 2006	Estudo observacional	Mulheres	IMC e sintomas de refluxo	Relação dose-dependente entre IMC e sintomas
Katz et al., 2022	Diretriz clínica	População geral	Estratégias terapêuticas	Perda de peso como intervenção de primeira linha
Lakananurak et al., 2024	Revisão sistemática e meta-análise	Adultos com DRGE	Intervenções dietéticas	Redução dos sintomas e da exposição ácida
Singh et al., 2013	Estudo prospectivo	Adultos obesos	Perda de peso e sintomas	Redução significativa e possível resolução dos sintomas
Patti; Herbella, 2010	Revisão narrativa	Adultos	Fisiopatologia da DRGE	Disfunção da barreira antirefluxo associada à obesidade

Fonte: Autores.

5 DISCUSSÃO

Os achados desta revisão integrativa demonstram, de forma consistente, que a obesidade desempenha papel central na fisiopatologia, progressão e resposta terapêutica da Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE). A convergência entre diferentes delineamentos metodológicos fortalece a robustez da associação entre o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) e a maior prevalência e gravidade dos sintomas de refluxo. Do ponto de vista fisiopatológico, os dados sugerem que a obesidade atua predominantemente por mecanismos mecânicos e funcionais.

A análise detalhada de El-Serag et al. (2007) demonstra que a falha mecânica no paciente obeso não se resume apenas à pressão constante sobre a cárdia, mas ao aumento significativo na frequência dos relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (RTEEI). A obesidade visceral parece atuar como um gatilho para esses relaxamentos de forma mais recorrente, o que explica por que esses pacientes frequentemente apresentam sintomas mesmo em períodos de jejum ou fora do decúbito. Essa compreensão é vital para o manejo clínico, pois justifica por que o uso isolado de Inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) pode ser insuficiente: enquanto a pressão mecânica e a disfunção do esfíncter persistirem, o refluxo — ainda que menos ácido — continuará a ocorrer.

Complementando a visão sobre a reversibilidade do quadro, o trabalho prospectivo de Singh et al. (2013) oferece uma perspectiva modificadora da história natural da doença. Ao contrário de intervenções que apenas mascaram a acidez gástrica, a perda de peso estruturada demonstrou ser capaz de promover a resolução completa dos sintomas em uma parcela relevante dos indivíduos



acompanhados. Esse achado reforça que a redução da gordura abdominal atua restaurando a função fisiológica da barreira antirrefluxo, diminuindo o gradiente de pressão gastroesofágico de forma sustentada.

No âmbito epidemiológico, o estudo de Jacobson et al. (2006) amplia essa discussão ao revelar que a sensibilidade da junção esofagogástrica a variações de peso é maior do que se supunha anteriormente. Observou-se uma relação dose-dependente onde mesmo aumentos modestos no IMC, dentro de faixas consideradas normais ou de sobrepeso leve, já apresentam correlação linear com a frequência de pirose e regurgitação. Isso sugere que pequenos ganhos ponderais podem alterar a pressão intragástrica o suficiente para romper o limiar de continência do esfíncter em indivíduos predispostos, tornando o controle de peso uma estratégia de prevenção primária indispensável.

Além dos fatores mecânicos citados, a obesidade visceral está associada a um estado inflamatório crônico de baixo grau, caracterizado pela liberação de adipocinas e citocinas pró-inflamatórias. Esses mediadores podem interferir na motilidade esofágica e na sensibilidade da mucosa, ampliando a percepção sintomática e contribuindo para a persistência da doença. Essa interação entre fatores mecânicos e metabólicos sugere que a DRGE em indivíduos obesos possui uma fisiopatologia mais complexa e potencialmente mais refratária ao tratamento convencional.

Do ponto de vista terapêutico, as diretrizes do American College of Gastroenterology (KATZ et al., 2022) corroboram essas evidências ao recomendar a perda de peso como intervenção de primeira linha em pacientes com sobrepeso ou obesidade. Adicionalmente, intervenções dietéticas estruturadas, conforme demonstrado por Lakananurak et al. (2024), apresentam impacto positivo na redução da exposição ácida e na melhora dos sintomas. Tais intervenções, quando associadas à redução ponderal, potencializam os efeitos terapêuticos, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada que envolva gastroenterologistas, nutricionistas e profissionais da área metabólica para otimizar os desfechos clínicos e prevenir complicações a longo prazo.



Tabela 2 – Síntese interpretativa dos mecanismos e implicações clínicas da obesidade na DRGE

Fator associado	Mecanismo fisiopatológico	Evidência nos estudos	Impacto clínico	Implicação terapêutica
Aumento do IMC	Elevação da pressão intra-abdominal	El-Serag et al., 2007	Maior frequência de refluxo	Redução do peso corporal
Relaxamentos do EEI	Disfunção do esfíncter esofágico inferior	Patti; Herbella, 2010	Refluxo recorrente	Intervenções clínicas
Hérnia de hiato	Alteração anatômica da junção esofagogástrica	El-Serag et al., 2007	Maior exposição ácida	Abordagem clínica/cirúrgica
Inflamação metabólica	Liberção de citocinas pró-inflamatórias	El-Serag et al., 2007	Hipersensibilidade esofágica	Controle metabólico
Aumento progressivo do IMC	Relação dose-dependente	Jacobson et al., 2006	Intensificação dos sintomas	Controle precoce do peso
Perda de peso	Redução da pressão intra-abdominal	Singh et al., 2013	Melhora ou resolução dos sintomas	Intervenção de primeira linha
Intervenção dietética	Redução de fatores desencadeantes	Lakananurak et al., 2024	Diminuição da exposição ácida	Abordagem nutricional

Fonte: Autores.

A integração dos achados permite inferir que a obesidade não deve ser considerada apenas um fator de risco isolado, mas um elemento central na cadeia fisiopatológica da DRGE. Sua influência se estende desde o desencadeamento inicial dos sintomas até a progressão para formas mais graves da doença, incluindo esofagite erosiva e esôfago de Barrett.

Nesse contexto, a abordagem terapêutica deve ser reorientada para além do controle sintomático, incorporando estratégias voltadas à modificação dos fatores subjacentes. A evidência acumulada sustenta que a perda de peso deve ser considerada componente essencial do tratamento, com potencial para reduzir a dependência de terapia farmacológica a longo prazo. Por fim, destaca-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo gastroenterologistas, nutricionistas e profissionais da área metabólica, visando otimizar os desfechos clínicos. A integração entre controle ponderal, intervenção dietética e tratamento farmacológico representa, atualmente, a estratégia mais eficaz para o manejo da DRGE em pacientes com sobrepeso ou obesidade

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa evidenciou que a obesidade não deve ser encarada apenas como uma comorbidade associada, mas como um fator causal direto e determinante na fisiopatologia da DRGE. A análise dos dados demonstrou que o excesso de peso compromete a integridade da junção esofagogástrica por meio de mecanismos mecânicos, como a elevação da pressão intra-abdominal, e funcionais, como o aumento dos relaxamentos transitórios do esfíncter inferior. Essa compreensão é fundamental para o meio acadêmico, pois desloca o foco do tratamento da simples neutralização do ácido para a correção das falhas estruturais subjacentes.



Os estudos revisados comprovam que a perda de peso estruturada configura-se como uma intervenção etiológica robusta, capaz de promover não apenas o alívio sintomático, mas a remissão clínica e a restauração da barreira antirrefluxo em uma parcela significativa dos pacientes. Diferente da terapia farmacológica isolada com IBPs, que muitas vezes oferece apenas um controle paliativo em indivíduos com IMC elevado, a redução ponderal atua na raiz do problema, diminuindo a exposição ácida esofágica e prevenindo a progressão para complicações graves, como o Esôfago de Barrett e o adenocarcinoma.

Conclui-se que o manejo da obesidade deve ser consolidado como o pilar central e de primeira linha no tratamento da DRGE em pacientes com sobrepeso. É indispensável a adoção de uma abordagem multidisciplinar que integre gastroenterologistas, nutricionistas e especialistas em metabolismo, visando estratégias terapêuticas personalizadas que unam o controle ponderal à educação dietética. Somente através dessa visão sistêmica será possível reduzir a cronicidade da dependência farmacológica e assegurar uma melhora real na qualidade de vida dos pacientes.



REFERÊNCIAS

- EL-SERAG, H. B. et al. Obesity and gastroesophageal reflux: a systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 5, n. 1, p. 17-26, 2007.
- JACOBSON, B. C. et al. Body-mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *The New England Journal of Medicine*, v. 354, n. 22, p. 2340-2348, 2006.
- KATZ, P. O. et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *American Journal of Gastroenterology*, v. 117, n. 1, p. 27-56, 2022.
- LAKANANURAK, N. et al. The Efficacy of Dietary Interventions in Patients with Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, v. 16, n. 464, 2024.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MOREIRA, R. O. et al. Pharmacologic Treatment of Obesity in adults and its impact on comorbidities: 2024 Update and Position Statement (Abeso/SBEM). *Archives of Endocrinology and Metabolism*, v. 68, 2024.
- PATTI, M. G.; HERBELLA, F. A. Gastroesophageal reflux disease: From pathophysiology to treatment. *World Journal of Gastroenterology*, v. 16, n. 30, p. 3745-3749, 2010.
- SINGH, M. et al. Weight Loss Can Lead to Resolution of Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms: A Prospective Intervention Trial. *Obesity*, v. 21, n. 2, p. 284-290, 2013.
- WILDING, J. P. H. et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *The New England Journal of Medicine*, v. 384, n. 11, p. 989-1002, 2021.

