

Aspectos endoscópicos e manométricos da motilidade esofágica ineficaz

Endoscopic and manometric aspects of ineffective esophageal motility

Isabel Butter Amim, Luiz Henrique de Souza, Renato Luz Carvalho
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

Introdução: A motilidade esofágica ineficaz é definida como um distúrbio menor da motilidade esofágica, e o mais frequente. A relação com a doença do refluxo gastroesofágico ainda é controversa. **Objetivo:** Identificar a doença do refluxo gastroesofágico, comparar e correlacionar os achados endoscópicos e manométricos na motilidade esofágica ineficaz. **Método:** Foram avaliados retrospectivamente 40 pacientes com diagnóstico manométrico de motilidade esofágica ineficaz, no período de agosto de 2020 a janeiro de 2023, no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" de São Paulo. **Resultados:** Dos 40 indivíduos, 10 (25%) tinham achados endoscópicos conclusivos para doença do refluxo gastroesofágico; 7 (17,5%) apresentavam esôfago de Barrett; 2 (5%) cursavam com esofagite erosiva distal grau D e 1 (2,5%) com grau C de Los Angeles. Destes 10, nove (90%) tinham mais de 80% de ondas ineficazes na manometria esofágica de alta resolução. Dos 30 pacientes em que a endoscopia não foi conclusiva para doença do refluxo gastroesofágico, 19 (63,3%) apresentavam refluxo patológico à pHmetria. **Conclusão:** O estudo encontrou uma alta correlação entre a motilidade esofágica ineficaz e a doença do refluxo gastroesofágico. Observou-se, nesta amostra, uma percentagem maior de ondas ineficazes, sugerindo que a gravidade de uma doença é diretamente proporcional à outra.

Descritores: Transtornos da Motilidade Esofágica; Refluxo Gastroesofágico; Manometria.

ABSTRACT

Introduction: Ineffective esophageal motility is defined as a minor disorder of esophageal motility, and the most common. The relationship with gastroesophageal reflux disease is still controversial. **Objective:** To identify gastroesophageal reflux disease, compare and correlate endoscopic and manometric findings in ineffective esophageal motility. **Method:** 40 patients with a manometric diagnosis of ineffective esophageal motility were retrospectively evaluated, from August 2020 to January 2023, at the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" in São Paulo. **Results:** Of the 40 individuals, 10 (25%) had conclusive endoscopic findings for gastroesophageal reflux disease; 7 (17.5%) had Barrett's esophagus; 2 (5%) had distal erosive esophagitis grade D and 1 (2.5%) had Los Angeles grade C. Of these 10, nine (90%) had more than 80% ineffective waves on high-resolution esophageal manometry. Of the 30 patients in whom endoscopy was inconclusive for gastroesophageal reflux disease, 19 (63.3%) had pathological reflux on pH monitoring. **Conclusion:** The study found a high correlation between ineffective esophageal motility and gastroesophageal reflux disease. A higher percentage of ineffective waves was observed in this sample, suggesting that the severity of one disease is directly proportional to the other.

Keywords: Esophageal Motility Disorders; Gastroesophageal Reflux; Manometry.

Correspondência:

Isabel Butter Amim
E-mail: isabelamim@gmail.com
Data de submissão: 22/12/2023
Data de aceite: 30/07/2024

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Trabalho do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 3º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A motilidade esofágica ineficaz (MEI) é definida como um distúrbio menor e o mais comum da motilidade esofágica. A relação com a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ainda é controversa. A última definição de MEI foi feita na Classificação de Chicago v4.0 (CV4.0)¹. E de acordo com esta classificação, a MEI é definida pelo valor da contratilidade distal integrada (DCI) inferior a 450mmHg.s.cm em 80% ou mais das deglutições líquidas avaliadas ou mais de 40% de ondas com DCI inferior a 100mmHg.s.cm na manometria de alta resolução (MAR)¹⁻². Esta alteração motora esofágica pode ser detectada em 30% dos pacientes submetidos à MAR³. Os sintomas em pacientes com MEI são muito heterogêneos. Os mais observados são o refluxo, como regurgitação e pirose, e a disfagia, em poucos casos³.

A esofagogastroduodenoscopia (EGD) é um requisito na avaliação de pacientes com suspeita de dismotilidade esofágica, pois pode permitir a visualização direta da mucosa e excluir condições benignas (estenose péptica, hérnia de hiato, anel de Schatzki, esofagite eosinofílica, anatomia alterada do intestino anterior) ou malignas que podem levar a anomalias secundárias de motilidade³.

OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho é de identificar a DRGE, comparar e correlacionar os achados endoscópicos e manométricos na motilidade esofágica ineficaz.

MÉTODO

Foram avaliados retrospectivamente 40 pacientes com diagnóstico manométrico de MEI, no período de agosto de 2020 a janeiro de 2023, no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira "HSPE-FMO" em

São Paulo. A manometria de alta resolução foi realizada com um cateter contendo 24 canais com sensores espaçados a intervalos de 0,5 a 2 cm. Este cateter foi passado pela via transnasal e posicionado para gravar da hipofaringe ao esôfago distal. Cinco sensores ficavam em nível do esfíncter inferior do esôfago (EIE). O protocolo incluiu um período de 5 minutos para acessar a pressão basal do esfíncter e realizar as 10 deglutições líquidas de 5ml para identificar e registrar a localização das bordas do esfíncter esofágico inferior (BEIE) e alterações motoras. Os dados gráficos foram adaptados, e uma atividade de contração esofágica, seguindo cada uma das deglutições, foi retratada no formato de porções topográficas de contorno isobárico colorido – topografia da pressão esofágica (EPT).

Todos os pacientes tinham uma endoscopia digestiva alta (EDA) com o mínimo de 2 anos.

Uma parte dos pacientes foi submetida ao exame de pHmetria de 24 horas, segundo os critérios atuais dos consensos de refluxo, tanto para indicação como para o diagnóstico.

RESULTADOS

Dos 40 indivíduos, 72,5% eram do sexo feminino, com média de idade de 64,5 anos (51-82 anos). Dez (25%) tinham achados endoscópicos conclusivos para DRGE, distribuídos da seguinte forma: 7 pacientes (17,5%) apresentavam esôfago de Barrett, destes, um com esofagite erosiva distal grau C de Los Angeles associada; dois (5%) com esofagite erosiva distal grau D; 1 paciente (2,5%) com esofagite erosiva distal grau C. Destes 10 com EDA conclusiva para DRGE, 9 (90%) tinham mais de 80% de ondas ineficazes na manometria de alta resolução.

Em relação à pHmetria, 23 pacientes da amostra (57,5%) possuíam diagnóstico de

refluxo patológico, e a média do tempo total de exposição ácida de 13,8% (6,1% a 39,9%).

Dos 30 pacientes em que a endoscopia não foi conclusiva para DRGE, 19 (63,3%) apresentavam refluxo patológico à pHmetria.

Ao somar os 23 pacientes com refluxo confirmado pela pHmetria aos 6 pacientes com endoscopia alterada, chegou-se ao total de 29 com DRGE nesta amostra de pacientes com MEI, o que corresponde a um total de 72,5%.

DISCUSSÃO

A MEI é o distúrbio mais freqüente da motilidade esofágica. É reportada em cerca de 30% dos pacientes submetidos à manometria. Está associada à DRGE em cerca de 40-50% dos casos. A presença da MEI parece estar correlacionada com a gravidade do envolvimento esofágico². Há estudos que demonstram que pacientes com MEI severa apresentam maior grau de esofagite erosiva (Los Angeles B, C e D) e esôfago de Barrett⁴⁻⁵.

Quanto à apresentação clínica, os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentarem sintomas como disfagia, tosse, dor torácica e regurgitação.

A fisiopatologia parece estar relacionada com fatores neurais e disfunção da musculatura lisa. O controle neuronal da contração da musculatura lisa esofágica parte dos núcleos vagais centrais e é modulado pelo sistema nervoso periférico através de aferentes do nervo vago. Disfunção neuronal central ou periférica podem contribuir para peristalse inefetiva da musculatura lisa esofágica. Ainda, a disfunção da própria musculatura lisa, que pode ser primária ou estar relacionada à DRGE e outras desordens musculares, pode contribuir para a MEI.

Sabe-se que a exposição prolongada ao ácido pode gerar dilatação dos espaços celulares, histologicamente. No caso de uma

injúria neural mediada pela DRGE em um ponto central que controla tanto o espaço intercelular esofágico, quanto a sua função motora, suas consequências podem estar relacionadas à MEI. Esta parece estar mais relacionada com a exposição sustentada ao ácido, porém estudos adicionais são necessários para melhor definição da fisiopatologia desta doença³.

Por outro lado, a motilidade esofágica ineficaz prejudica a depuração esofágica e participa da fisiopatologia da DRGE. Pacientes com MEI e pHmetria normal costumam ser mais jovens que aqueles pacientes com pHmetria patológica ou com esofagite erosiva, o que pode sugerir que a MEI seria um evento primário inicial, que posteriormente leva à exposição ácida sustentada, porém não há estudos longitudinais corroborando esta hipótese³.

Quanto ao tratamento, não há um procinético específico que tenha se mostrado eficaz e sem efeitos adversos maiores que possam ser utilizados no tratamento da MEI. A buspirona (agonista do receptor de serotonina), piridostigmina (inibidor da acetilcolinesterase) e betanecol (agonista colinérgico) podem apresentar efeitos de curto prazo, porém a eficácia desses tratamentos não possui diferença quando comparado ao placebo. Quando associado à DRGE, o tratamento é principalmente o controle do refluxo com o uso dos inibidores da bomba de prótons. Nos casos de cirurgia antirrefluxo, a MEI não influencia a técnica cirúrgica, mas o estudo da reserva contrátil da musculatura lisa do corpo esofágico prediz a reversibilidade desse distúrbio motor após intervenção antirrefluxo^{3, 6-7}.

CONCLUSÃO

Nesta amostra avaliada houve uma alta correlação entre a motilidade esofágica ineficaz e a doença do refluxo gastroesofágico.

Apesar de nem todos os pacientes com motilidade esofágica ineficaz possuírem achados endoscópicos conclusivos para doença do refluxo gastroesofágico, naqueles indivíduos em que a endoscopia digestiva alta foi comprobatória, observou-se maior

percentagem de ondas fracas, falhas e fragmentadas à manometria de alta resolução, podendo sugerir que a gravidade da doença do refluxo gastroesofágico está diretamente proporcional à da motilidade esofágica ineficaz.

REFERÊNCIAS

1. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(1):e14058.
2. Leandri C, Guillaumot MA, Dohan A, Leconte M, Coriat R, Chaussade S, Barret M. Le syndrome de motricité œsophagienne inefficace [Ineffective esophageal motility]. *Presse Med.* 2019;48(9):897-903.
3. Gyawali CP, Sifrim D, Carlson DA, Hawn M, Katzka DA, Pandolfino JE, et al. Ineffective esophageal motility: concepts, future directions, and conclusions from the Stanford 2018 symposium. *Neurogastroenterol Motil.* 2019;31(9):e13584.
4. Dao HV, Hoang LB, Luu MH, Nguyen HL, Goldberg R, Allison J, et al. High prevalence of esophagitis in patients with severe ineffective esophageal motility: need for a new diagnostic cutoff. *Ann Gastroenterol.* 2022;35(5):483-88.
5. Pakoz ZB, Sari SO, Vatansever S, Uran BN, Camyar H, Gur EO, et al. Ineffective esophageal motility assessment in patients with and without pathological esophageal acid reflux. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(20):e26054.
6. Jandee S, Geeraersts A, Geysen H, Rommel N, Tack, Vanuytsel T. Management of ineffective esophageal hypomotility. *Front Pharmacol.* 2021;12: 638915.
7. Ho SC, Chang CS, Wu CY, Chen GH. Ineffective esophageal motility is a primary motility disorder in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci.* 2002;47(3):652-56.