

A disfunção motora do esôfago está associada ao aumento da displasia no Barrett?

Is motor dysfunction of the esophageal is associated with increased dysplasia in Barrett?

Camila Silva Thé Cardoso¹, Luiz Henrique de Souza Fontes¹, Renato Luz Carvalho¹
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: O esôfago de Barrett é uma condição que se desenvolve como consequência da doença do refluxo gastroesofágico. Pode evoluir ao longo de uma gama de alterações patológicas, que incluem esôfago de Barrett não displásico, esôfago de Barrett com displasia de baixo ou alto grau e, por fim, adenocarcinoma esofágico. Os principais fatores de risco estabelecidos para a progressão da doença são: idade avançada, gênero masculino, segmento longo de esôfago de Barrett e displasia. A motilidade esofágica comprometida é outro fator patológico associado à doença de refluxo gastroesofágico. O distúrbio motor leva à estase esofágica e está associado à perturbação da integridade da barreira epitelial e à nocicepção. É possível que no esôfago de Barrett com depuração esofágica reduzida exista uma ruptura da mucosa, com consequente exposição celular a estímulos nocivos, aumentando os mecanismos propícios à displasia. No entanto, a relação entre dismotilidade esofágica e progressão displásica do esôfago de Barrett ainda não é conhecida. **Objetivos:** Avaliar se a redução da depuração esofágica está associada à progressão displásica no esôfago de Barrett e caracterizar quais os padrões de dismotilidade esofágica são mais comuns nestes pacientes. **Métodos:** Foram avaliados, retrospectivamente, 32 pacientes portadores de esôfago de Barrett, que realizaram manometria esofágica, no período de 2013 a 2018 no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, e comparado os achados da motilidade esofágica com a presença ou não de displasia no esôfago de Barrett. **Resultados:** 40,6% dos pacientes apresentaram disfunção da motilidade esofágica, mais prevalentemente em mulheres (76,9%). A disfunção da motilidade esofágica, mais comum foi a motilidade esofágica ineficaz. Não houve nenhum caso de esôfago de Barrett displásico. **Conclusão:** Não há relação entre dismotilidade esofágica e displasia.

Descritores: Manometria/esofágica; dismotilidade esofágica; esôfago de Barrett.

ABSTRACT

Introduction: Barrett's esophagus is a condition that develops as a consequence of gastroesophageal reflux disease. It can progress through a range of pathological changes, which include non-dysplastic Barrett's esophagus, Barrett's esophagus with low- or high-grade dysplasia, and, finally, esophageal adenocarcinoma. The main established risk factors for the progression of the disease are: advanced age, male gender, long segment of Barrett's esophagus and dysplasia. Impaired esophageal motility is another pathological factor associated with gastroesophageal reflux disease. The motor disorder leads to esophageal stasis and is associated with disruption of epithelial barrier integrity and nociception. It is possible that in Barrett's esophagus with reduced esophageal clearance there is a rupture of the mucosa, with consequent cellular exposure to noxious stimuli, increasing the mechanisms conducive to dysplasia. However, the relationship between esophageal dysmotility and dysplastic progression of Barrett's esophagus is not yet known. **Objectives:** To assess whether reduced esophageal clearance is associated with dysplastic progression in Barrett's esophagus and to characterize which patterns of esophageal dysmotility are more common in these patients. **Methods:** We retrospectively evaluated 32 patients with Barrett's esophagus, who underwent esophageal manometry, from 2013 to 2018 at the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, and compared the findings of esophageal motility with the presence or absence of dysplasia in Barrett's esophagus. **Results:** 40.6% of patients had esophageal motility dysfunction more prevalently in women (76.9%). The most common esophageal motility dysfunction was ineffective esophageal motility. There were no cases of dysplastic Barrett's esophagus. **Conclusion:** There is no relationship between esophageal dysmotility and dysplasia.

Keywords: Manometry/esophageal; esophageal dysmotility; Barrett esophagus.

Correspondência:

Camila Silva Thé Cardoso
E-mail: camilasthec@gmail.com
Data de submissão: 14/01/2021
Data de aceite: 01/10/2021

Trabalho realizado:

Serviço de Endoscopia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino
- CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O esôfago de Barrett (EB) é uma condição pré-maligna secundária à exposição ácida de longa duração, a qual normalmente ocorre na doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Em resposta adaptativa à agressão, o epitélio escamoso é substituído por epitélio colunar intestinal. Esta metaplasia, por sua vez, pode evoluir com displasia, o que favorece o desenvolvimento do adenocarcinoma esofágico¹⁻².

O diagnóstico é realizado através da endoscopia digestiva alta. O achado típico do EB é a presença de projeções digitiformes de cor rosa-salmão na transição esôfago-gástrica, que devem ser biopsiadas e levadas para análise histopatológica. O espectro de alterações patológicas do EB inclui: EB não displásico, EB com displasia de baixo ou alto grau e, por fim, adenocarcinoma esofágico³. Os principais fatores de risco estabelecidos para a progressão do EB incluem: idade avançada, gênero masculino, segmento longo de esôfago de Barrett (>3cm) e displasia¹.

A disfunção da motilidade esofágica (DME) está relacionada com a fisiopatologia da DRGE. Os distúrbios motores do esôfago podem ser secundários a outras doenças ou primários. Estes se dividem, de acordo com os padrões da manometria convencional, em hipocontrátil ou hipercontrátil (Quadro 1)⁴.

Quadro1 - Distúrbios motores esofágicos primários

| Distúrbios motores esofágicos primários (Manometria convencional) |
|---|
| Esôfago hipocontrátil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motilidade esofagiana ineficaz (MEI) ▪ Esfíncter esofágico inferior hipotenso |
| Esôfago hipercontrátil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esôfago em quebra-nozes ▪ Esfíncter esofágico inferior hipertenso |
| Acalasia |
| Espasmo esofágico difuso (EED) |

O distúrbio motor leva à estase esofágica e está associado à perturbação da integridade da barreira epitelial e à nocicepção. É possível que no EB com depuração esofágica reduzida exista uma ruptura da mucosa, com consequente exposição celular a estímulos nocivos, aumentando os mecanismos propícios à displasia. No entanto, a relação entre dismotilidade esofágica e progressão displásica do EB ainda não é conhecida⁵.

OBJETIVOS

Avaliar se a redução da depuração esofágica está associada à progressão displásica no esôfago de Barrett e caracterizar os padrões de dismotilidade esofágica mais comuns nesses pacientes.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal dos pacientes com diagnóstico histopatológico de EB que realizaram manometria esofágica no período de 2013 a 2018 (N=32) no Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO. O aparelho manométrico utilizado foi o polígrafo computadorizado de oito canais ALACER e a estatística foi processada no Excel Microsoft Office (X²-quadrado e T-student). Foi feita a comparação dos achados da motilidade esofágica com a presença ou não de displasia no EB.

RESULTADOS

Foram diagnosticados com EB 145 pacientes, dos quais 32 (22%) realizaram manometria esofágica. Deste grupo, houve prevalência do gênero feminino (56,2%) e média de idade de 56 anos. Em relação a motilidade esofagiana ineficaz, houve prevalência de 40,62%, sendo mais comum em mulheres (76,9%).

Tabela 1 - Dados demográficos.

| Variáveis | Resultados |
|---------------------------------------|--------------|
| Diagnóstico de esôfago de Barrett | 145 |
| Esôfago de Barrett com manometria (%) | 32 (22) |
| Gênero: Feminino (%) | 18 (56,2) |
| Masculino (%) | 14 (43,8) |
| Idade (média) | 16 - 87 (56) |
| >65 anos (%) | 6 (18,8%) |

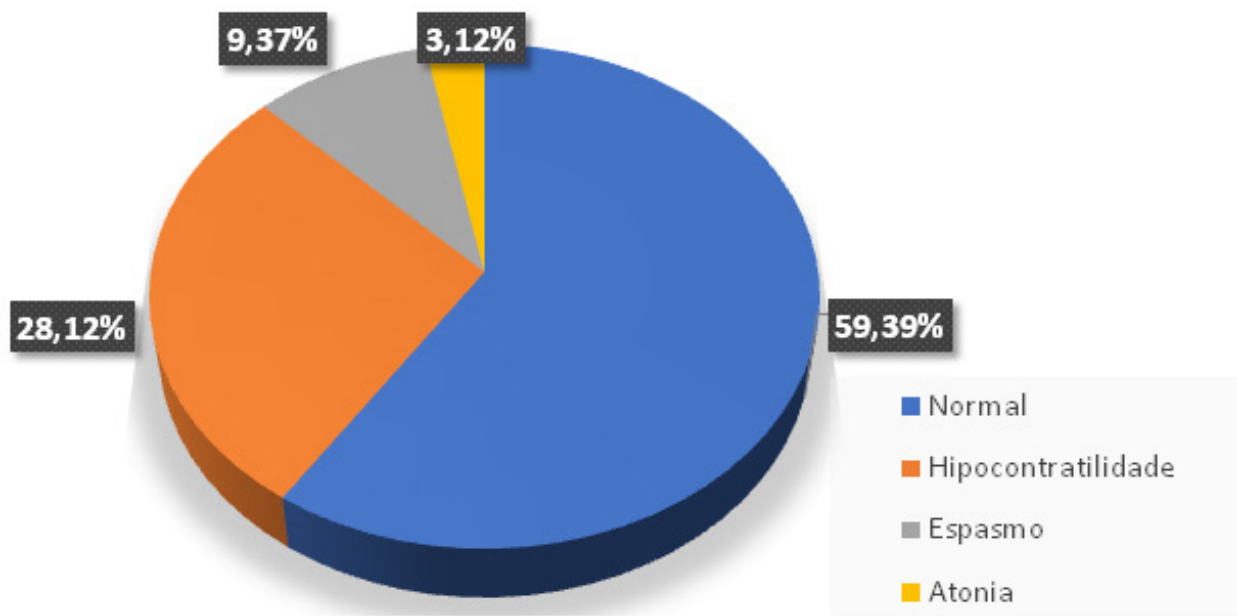
As amplitudes médias dos complexos estudados na manometria foram:

✓ 8 cm acima da borda superior do esfíncter inferior do esôfago (EIE) = 8,9 - 122,9mmHg, com média de 53,89mmHg.

✓ 3 cm acima da borda superior do EIE = 10,5 - 146,1mmHg, com média de 61,91mmHg.

Os valores foram semelhantes nas duas topografias aferidas ($p=0,32$).

A DME esteve presente em 40,6% dos pacientes, sendo prevalente em mulheres (76,9%). A DME mais comum foi a motilidade esofágica ineficaz (MEI), com 28,12%. A atonia do corpo esofágico distal esteve presente em apenas 1 caso, no qual a paciente era portadora de esclerose sistêmica. Não houve caso de EB displásico.

**Figura 1** - Distribuição da motilidade esofágica.

DISCUSSÃO

Um grupo de 22% dos pacientes portadores de EB realizaram manometria. Por se tratar de um hospital com clínicas credenciadas, o seguimento do paciente em uma mesma instituição pode ser prejudicado. O gênero feminino foi o prevalente, contrariando

a literatura, uma vez que o EB é mais comum em homens. A média de idade foi compatível com os estudos de referência.

A DME esteve presente em 40,62% dos pacientes. A literatura refere a incidência de aproximadamente 50% ($p=0,28$). A MEI

foi a alteração manométrica mais comum (28,12%). Pela literatura, poder-se-ia esperar uma incidência de aproximadamente 31% ($p=0,7$). A incidência do EED foi de 9,37%. Esta supera aquela encontrada na literatura de 1,6% ($p=0,04$). O EED é mais comum no gênero feminino (3:1), o que pode justificar a alta prevalência deste distúrbio no presente estudo. Apesar do distúrbio motor mais frequentemente associado a DRGE ser o

esôfago em quebra-nozes, essa afecção, em menor proporção, pode ser a causa do espasmo esofageano (Quadro 1)⁶⁻⁷.

CONCLUSÃO

Não observou-se relação entre dismotilidade esofágica e displasia no esôfago de Barrett. O padrão de dismotilidade mais comum nessa morbidade é a motilidade ineficaz.

REFERÊNCIAS

1. Falcão A, Nasi A, Brandão J, Sallum R, Cecconello I. What is the real impairment on esophageal motility in patients with gastroesophageal reflux disease? *Arq Gastroenterol.* 2013; 50(2):111-16.
2. Kestens C, Offerhaus GJ, van Baal JW, Siersema PD. Patients with Barrett's esophagus and persistent low-grade dysplasia have an increased risk for high-grade dysplasia and cancer. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016; 14(7):956-62.
3. Cardoso DM. Endoscopia terapêutica [Internet]. 2021 [citado 2022 jan 26]. Disponível em: <https://endoscopiaterapeutica.com.br>
4. Quilici FA, Santana NP, Alves JG. *A Gastroenterologia no Século XXI.* São Paulo: Manole; 2019.
5. Yadlapati R, Triggs J, Quader F, Eluri S, Bhatia S, Kaizer A, et al. Reduced esophageal contractility is associated with dysplasia progression in Barrett's esophagus: a multicenter cohort study. *Dig Dis Sci.* 2020; 65(12):3631-38.
6. Triadafilopoulos G, Tandon A, Shetler KP, Clarke J. Clinical and pH study characteristics in reflux patients with and without ineffective oesophageal motility (IEM). *BMJ Open Gastro.* 2016; 3:e000126.
7. Leite AB, Pessoa FS. DHGNA: há tratamento efetivo? In: Zaterka S, Pessoa FS, Mattos AA, Guarita DR, Galizzi Filho J, Ribeiro LT, Kotze LM, (Org.). et al. *O gastroenterologista desvendando mistérios.* São Paulo: FGB; 2019. p.139-44.