

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS DISTÚRBIOS MOTORES ESOFAGIANOS PELAS CARACTERÍSTICAS DA DISFAGIA

Gerson R. DOMINGUES* e Eponina M. O. LEMME**

RESUMO – Racional – *A disfagia é um dos principais sintomas das doenças do esôfago e sua caracterização é importante para formulação de hipóteses diagnósticas e condução da propedêutica. A anamnese freqüentemente permite diferenciar as disfagias orgânicas das funcionais, porém a literatura carece de dados caracterizando este sintoma entre os diferentes distúrbios motores do esôfago. Objetivo - Avaliar se é possível a distinção entre os diferentes distúrbios motores diagnosticados pela esofagomanometria, tomando-se por base as características da disfagia. Métodos - Foram analisadas de forma retrospectiva, as características da disfagia (relação com a consistência do bolo alimentar, caráter e localização) em 133 pacientes que realizaram esofagomanometria para esclarecimento diagnóstico. Resultados - A esofagomanometria foi anormal em 85% dos pacientes. As características da disfagia foram comparadas nos grupos de pacientes com acalásia, alterações espáticas do esôfago, distúrbios motores inespecíficos e exame normal. A distinção precisa entre os diferentes diagnósticos não foi possível, porém algumas características da disfagia puderam apontar para um ou outro grupo. Assim, nos pacientes com acalásia, a disfagia concomitante para sólidos e líquidos, de caráter constante e de localização baixa foi mais prevalente em relação a todos os outros grupos. Disfagia intermitente foi encontrada com maior freqüência nos portadores de alterações espáticas. As características da disfagia dos distúrbios motores inespecíficos se assemelharam às observadas nos pacientes com exame manométrico normal, sendo freqüentemente referida na região cervical. Conclusões - As características da disfagia podem auxiliar no diagnóstico presuntivo dos distúrbios motores, porém o estudo manométrico é necessário para o diagnóstico definitivo.*

DESCRIPTORIOS – *Transtornos da motilidade esofágica. Transtornos de deglutição.*

INTRODUÇÃO

O esôfago tem como principal função o transporte do alimento da boca ao estômago. Pode ser sede de doenças orgânicas, de doenças funcionais ou mesmo de ambas.

As doenças orgânicas produzem alterações anatómicas no esôfago, freqüentemente de caráter obstrutivo de origem benigna ou maligna e de localização intrínseca ou extrínseca⁽¹³⁾.

As doenças funcionais são relacionadas aos distúrbios da motilidade esofágica, que podem ser primários se a alteração

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Parte de Tese de Mestrado em Gastroenterologia.

* Mestre em Gastroenterologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Médico da 18a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

** Professor Adjunto Doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Endereço para correspondência: Dra. Eponina M. O. Lemme – Travessa Santa Therezinha, 14 – Tijuca – 20271-070 - Rio de Janeiro, RJ. e-mail: lemme@domain.com.br

motora é a própria expressão da doença, ou secundários, se a doença de base é sistêmica e o comprometimento esofágiano é apenas uma de suas manifestações⁽¹¹⁾. Os distúrbios motores primários são: acalásia, espasmo esofágiano difuso, esôfago em quebra-nozes, esfíncter inferior hipertenso e os distúrbios motores inespecíficos, estes últimos representados em sua maioria, por ondas de baixa amplitude e/ou por falhas de condução peristáltica⁽¹²⁾.

Os distúrbios motores do esôfago geram sintomas como disfagia, dor torácica, regurgitação e pirose. A disfagia é sintoma freqüente, apresentando diferentes formas de apresentação e, dependendo da gravidade e freqüência, pode levar o pacientes à desnutrição.

As disfagias, inclusive as de origem funcional, são classificadas em disfagias de transferência e de transporte. Nas primeiras, também chamadas de orofaríngeas, a dificuldade reside na transferência do bolo alimentar da boca para a faringe e sua penetração pelo esfíncter superior do esôfago. Na disfagia de transporte ou esofágiana, ocorre dificuldade na passagem do bolo alimentar pelo corpo esofágiano⁽¹³⁾.

A avaliação dos pacientes com disfagia funcional se inicia pela caracterização detalhada do sintoma. Em seguida, deve ser realizado o estudo radiológico e por vezes também endoscopia digestiva alta, importantes para a exclusão de causas orgânicas. Quando necessário, para o esclarecimento do diagnóstico definitivo, a realização de esofagomanometria (EM) é procedimento fundamental.

Este estudo retrospectivo teve por objetivo avaliar se é possível a distinção entre os diferentes distúrbios motores diagnosticados pela EM, tomando-se por base as características da disfagia.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente, 133 pacientes com queixa principal de disfagia esofágiana, definida como dificuldade no transporte do bolo alimentar até o estômago, ocorrida após o ato da deglutição, em cujos prontuários havia dados para a caracterização do sintoma.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com idade superior a 18 anos, com esofagografia normal ou com alterações insuficientes para o diagnóstico definitivo, estando ausentes quaisquer sinais de lesão obstrutiva intraluminal. Excluíram-se portadores de doenças sistêmicas que pudessem interferir na motilidade esofágiana. Todos realizaram EM para esclarecimento diagnóstico.

A disfagia foi caracterizada quanto a sua relação com o tipo do bolo alimentar em para sólido e para líquido. Quanto a localização, chamou-se de **alta referida**, quando se situava na altura da fúrcula esternal, porém ocorrendo após o ato da deglutição e não acompanhada de tosse ou engasgos e de **baixa**, quando se localizava na região retrosternal. Foi considerada de caráter **constante**, quando estava presente na maior parte das refeições e **intermitente**, quando seu aparecimento era intercalado com períodos de descida normal do bolo alimentar.

Além da esofagografia, 111 pacientes realizaram endoscopia digestiva alta dentro dos moldes convencionais, não sendo observados sinais de esofagite macroscópica ou outras lesões inflamatórias e tumorais.

Esofagomanometria computadorizada

Empregou-se cateter de polivinil de oito lumens, com diâmetro externo de 4,5 mm, transdutores externos de pressão, bomba de perfusão capilar-hidráulica (Biomedics, California, EUA) a um fluxo constante de 0,6 mL/min. As pressões captadas pelos transdutores foram registradas por um polígrafo (PC Polygraf VIII, Synectics Medical, Suécia), transferidas via fibra óptica para um microcomputador (PC 486), onde foram exibidas em tempo real.

Após jejum de 4 horas, o exame foi iniciado com o estudo do esfíncter esofágiano inferior (EEI), empregando-se as quatro aberturas mais distais do cateter situadas no mesmo ponto e com distribuição radial, utilizando-se a técnica de retirada lenta, quando foi avaliada a sua pressão de repouso e os relaxamentos após deglutição de água. Para o estudo do corpo esofágiano, empregaram-se as quatro aberturas proximais do cateter distantes 5 cm entre si, sendo a mais distal posicionada a 3 cm acima do limite superior do EEI e foram realizadas 10 deglutições de 3 a 5 mL de água, a cada 20 segundos. Os valores normais foram obtidos a partir do exame de 32 voluntários, 16 homens, 16 mulheres, média de 44 anos e que são: pressão basal do EEI 17 ± 7 mm Hg. Os valores de amplitude das ondas peristálticas em mm Hg, foram os seguintes: a 3 cm do limite superior do EEI 95 ± 34 , a 8 cm, 73 ± 26 , a 13 cm, 53 ± 19 e a 18 cm, 42 ± 21 .

Utilizaram-se os seguintes critérios para definição dos distúrbios primários da motilidade⁽⁴⁾:

- Acalásia (AC) - relaxamento incompleto ou ausente do EEI. Aperistalse do corpo esofágiano em 100% das deglutições.
- Espasmo esofágiano (EE) - denominado difuso, na presença de contrações simultâneas no corpo esofágiano, em mais de 20% das deglutições de água, intercaladas com ondas peristálticas. Caso as contrações simultâneas se restringissem a uma pequena parte do esôfago, com peristalse acima e abaixo das mesmas, utilizou-se a denominação de **espasmo segmentar**⁽²⁰⁾.
- Esôfago em quebra-nozes (EQN) - ondas peristálticas de levada amplitude em esôfago distal (média igual ou superior a 180 mm Hg).
- Esfíncter esofágiano inferior hipertenso (EEIH) - quando a pressão basal do EEI se situasse acima de 45 mm Hg.
- Distúrbios motores inespecíficos (DMI) - isoladas ou em combinação, as seguintes alterações manométricas surgidas em mais de 20% das deglutições de água, são incluídas nesse grupo: falha de condução peristáltica, ondas de amplitude reduzida (abaixo de 30 mm Hg), ondas de triplo pico ou ondas retrógra-

das, ondas de duração aumentada (<6 seg) e relaxamento incompleto isolado do EEI.

- f) Outros achado manométricos (OAM) - são alterações manométricas, que não se enquadram em qualquer das acima. (a) aperistalse isolada - ausência de onda peristáltica após as deglutições, com EEI de características normais; (b) EEI hipotenso - pressão do EEI inferior a 10 mm Hg (valor mínimo observado nos controles).

Análise Estatística

Para avaliar as associações entre os grupos de distúrbios motores e as características da disfagia, foram empregados o teste de Qui-quadrado ou o teste exato Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% (0,05).

RESULTADOS

Dos 133 pacientes, 92 pertenciam ao sexo feminino (69,2%) e 41 ao masculino (30,8%), média de idade 50 anos. A EM foi anormal em 113 pacientes (85%) e normal em 20 (15%). As alterações motoras encontradas foram: AC, 48 pacientes (36,1%), DMI, 31 (23,3%), EE, 13 (9,8%), 9 com espasmo difuso e 4 com espasmo segmentar, EQN, 9 (6,8%), EEIH, 3 (2,3%). No grupo de OAM havia nove pacientes, quatro com EEI hipotenso, três com aperistalse e em dois houve a ocorrência de ambos.

Para a comparação das características da disfagia, os pacientes com espasmo esofágiano, esôfago em quebra-nozes e esfíncter inferior hipertenso, foram agrupados com a denominação de distúrbios espásticos esofagianos (DEE)⁽⁶⁾. Excluiu-se o grupo de OAM, em função da heterogeneidade. Portanto, os seguintes grupos de diagnósticos manométricos foram constituídos: AC (48 pacientes), DMI (31 pacientes), DEE (25 pacientes) e normal (20 pacientes).

Houve predominância da disfagia para alimentos sólidos em todos os grupos, sem diferença significativa entre eles ($P > 0,05$). A disfagia para líquidos foi mais freqüente na AC, atingindo diferença significativa ($P = 0,05$) na comparação com o grupo DMI (Tabela 1).

O caráter intermitente ocorreu com maior freqüência no grupo DEE, atingindo significância em relação ao grupo AC ($P = 0,02$) (Tabela 2).

Quanto à localização da disfagia, foi baixa na maior parte dos pacientes, porém mais freqüente nos pacientes do grupo AC, atingindo diferença significativa ($P = 0,04$) em relação ao grupo DMI e normal (Tabela 3).

Os pacientes dos grupos DMI e normal relataram disfagia alta referida com maior freqüência que os demais, atingindo diferença estatística significativa em relação ao grupo AC ($P = 0,04$) (Tabela 4)

TABELA 1 – Diagnósticos manométricos x disfagia para líquidos

Grupos	n	Disfagia para líquidos	%
AC*	48	33	68,7
DEE	25	13	52,0
DMI*	31	12	38,7
Normal	20	9	45,0

* $P = 0,05$

TABELA 2 – Diagnósticos manométricos x disfagia intermitente

Grupos	n	Disfagia intermitente	%
AC*	29	10	34,4
DEE*	14	12	85,7
DMI	23	13	56,5
Normal	11	6	54,5

n = número de pacientes com informação sobre o caráter da disfagia

* $P = 0,02$

TABELA 3 – Diagnósticos manométricos x disfagia baixa

Grupos	n°	Disfagia baixa	%
AC*	48	44	91,6
DEE	25	21	84,0
DMI*	31	23	74,1
Normal*	20	13	65,0

* $P = 0,04$

TABELA 4 – Diagnósticos manométricos x disfagia alta referida

Grupos	n	Disfagia alta referida	%
AC*	48	4	8,3
DEE	25	4	16,0
DMI*	31	8	25,8
Normal	20	7	35,0

* $P = 0,04$

DISCUSSÃO

A disfagia é sintoma comum que afeta cerca de 6% da população geral adulta⁽¹⁸⁾. Em estudo americano, a incidência de disfagia em

pacientes internados em hospital, no período entre 1979 e 1989, sofreu aumento de 3 casos/1000 internações para 10 casos/1000 internações⁽¹⁸⁾. Os distúrbios motores esofagianos são a principal causa de disfagia funcional e de outros sintomas relacionados ao esôfago, como por exemplo a dor torácica^(3, 7, 14).

Foi sugerido que a história cuidadosa com caracterização da disfagia e de outros sintomas esofagianos, poderia ter valor discriminatório no diagnóstico etiológico da disfagia⁽⁵⁾.

Neste estudo, analisaram-se as características da disfagia em um grupo de pacientes que necessitaram de exame manométrico para esclarecimento diagnóstico. A partir dos diagnósticos alcançados, teve-se como objetivo observar se era possível distinguir os diferentes distúrbios motores e aqueles com exame manométrico normal pelas características da disfagia.

Estudo recente, baseado na análise dos resultados, utilizando-se regressão logística múltipla, demonstrou que pacientes com disfagia atribuída a diferentes causas apresentaram similaridade e superposição das suas manifestações clínicas, inclusive com relação às características da disfagia⁽¹⁵⁾. Embora o sintoma individualizado fosse de pequeno valor discriminatório, a associação de algumas variáveis clínicas, como idade, sexo, tipo da disfagia em relação à consistência dos alimentos e pirose, pôde distinguir um grupo de disfagia motora (disfagia para sólidos e líquidos) dos outros grupos de disfagia (obstrutiva e sem causa demonstrada), com razoáveis sensibilidade e especificidade. No entanto, neste trabalho não foi avaliado se essas características distinguiam os distúrbios motores entre si.

Na presente série, foram comparadas as características da disfagia nos pacientes grupados pelos diagnósticos manométricos de AC, DMI, DEE e normal. No grupo DEE foram reunidos pacientes com espasmo esofágico, esôfago em quebra-nozes e esfíncter inferior hipertenso, por apresentarem características clínicas semelhantes⁽⁶⁾.

Em consonância com o trabalho de KIM et al.⁽¹⁵⁾ e BAK et al.⁽²⁾, observou-se que a maioria dos pacientes no grupo estudado (98,5%) queixava-se de disfagia para alimentos sólidos. A disfagia concomitante para sólidos e líquidos foi encontrada em mais da metade dos pacientes dos grupos DEE e AC, achado menos freqüente nos grupos DMI e normal. A localização baixa predominou em todos, porém mais freqüentemente na AC.

Alguns estudos na literatura internacional analisaram as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes, incluindo a disfagia como queixa principal, e as correlacionam com os achados manométricos sem, no entanto, obter resultados satisfatórios na sua adequada discriminação^(1, 2, 15, 19).

Nenhum dos trabalhos citados incluiu a caracterização do sintoma disfagia como no presente estudo. Com a metodologia aqui empregada, também não foi possível a completa distinção entre os diferentes distúrbios motores e entre eles e os pacientes com exame

normal, porém alguns aspectos interessantes foram observados, o que se acredita possam auxiliar na consideração do seu diagnóstico diferencial.

No grupo AC, a disfagia concomitante para alimentos sólidos e líquidos, de caráter constante e localização baixa, foi mais prevalente em relação a todos os outros grupos, atingindo significância em relação ao grupo dos DMI. Estas características clínicas podem estar relacionadas às próprias alterações motoras encontradas na AC que, por refletirem distúrbio completo da musculatura lisa, envolvendo tanto a peristalse do corpo esofágico, como o funcionamento do EEI, conferem maior gravidade ao quadro clínico.

A disfagia intermitente foi encontrada com maior freqüência no grupo DEE, com diferença significativa quando comparada ao grupo AC. Esta observação, pode dever-se à intermitência destas alterações manométricas e ao seu potencial de transformação dentro do espectro dos distúrbios motores, documentado por outros autores^(8, 16).

Os pacientes do grupo DMI apresentaram características de disfagia que os aproximaram mais do grupo normal. Em metade dos pacientes dos dois grupos, a disfagia foi intermitente, número menor apresentou disfagia para líquidos e chama atenção a maior freqüência da localização alta referida, que atingiu diferença significativa em relação ao grupo AC. Uma possível explicação para o grupo normal apresentar disfagia, seria o fato de que, por ser um sintoma, é revestido de subjetividade, podendo sofrer variações de intensidade e localização, na dependência do estado emocional ou psicológico dos pacientes^(10, 16). É preciso enfatizar que o estudo manométrico avalia um dos aspectos da peristalse esofágica, que é o registro de contrações ou ondas que necessariamente ocluem o lúmen esofágico e possam impressionar os sensores de um cateter ligados a transdutores de pressão⁽¹⁷⁾. Além disso, em alguns pacientes com disfagia e exame manométrico normal têm sido descritas alterações de pequena intensidade como discreto aumento de velocidade das ondas peristálticas em comparação a grupo controle assintomático⁽⁹⁾, hipótese que também poderia ser aventada para explicar o sintoma.

Em resumo, a distinção precisa entre os distúrbios motores com base apenas nas características da disfagia não foi possível. Entretanto, os pacientes com AC apresentaram, com maior freqüência, disfagia para sólidos e líquidos, constante e de localização baixa e os portadores de alterações espásticas, disfagia intermitente. A disfagia alta referida foi mais freqüentemente observada nos DMI. No entanto, este último aspecto também foi encontrado nos pacientes com exame manométrico normal.

Concluindo, embora a caracterização da disfagia possa auxiliar no diagnóstico presuntivo dos distúrbios motores, o diagnóstico preciso, objetivando tratamento adequado do paciente, será fornecido pelo exame manométrico.

Domingues GR, Lemme EMO. *Differential diagnosis of esophageal motor disorders based in characteristics of dysphagia. Arq Gastroenterol 2001;38(1):14-18.*

ABSTRACT - Background - *Dysphagia is one of principal symptoms of esophageal disorders and its characterization is important for diagnosis and management of patients. Anamnesis is useful for differentiating organic and functional dysphagia, but data are lacking about dysphagia characterization among different motor disorders.* Objectives - *To evaluate if it is possible the distinction among esophageal motor disorders according to their manometric diagnosis, based on dysphagia characteristics.* Patients and Methods - *Dysphagia characteristics (relation with bolus, frequency and localization) of 133 patients submitted to esophageal manometry were reviewed and analysed. All patients had barium swallow studies and/or endoscopy in order to exclude organic lesions.* Results - *Esophageal manometry was abnormal in 85% of the patients. Characteristics of dysphagia were compared among groups of patients with achalasia, esophageal spastic disorders, non-specific esophageal motor disorders and with normal test. The precise distinction among groups based solely on characteristics of dysphagia was not possible, however some aspects could point to one or another group. In achalasia patients, dysphagia for both solid food and liquids, constant and felt in substernal area, was more frequent in relation to every other group. Intermitent dysphagia was more frequent in patients with spastic disorders. Characteristics of dysphagia in patients with non-specific esophageal motor disorders were similar to those observed in the group with normal test, frequently referred in the neck.* Conclusion - *Characteristics of dysphagia were ancillary to presume the diagnosis of these motor disturbances, however esophageal manometry is necessary for the correct diagnosis in patients with functional dysphagia.*

HEADINGS – *Esophageal motility disorders. Deglutition disorders.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alrakami A, Clouse RE. The changing use of esophageal manometry in clinical practice. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2359-62.
2. Bak YT, Lorang M, Evans PR, Kellow JE, Jones MP, Smith RC. Predictive value of symptom profiles in patients with suspected oesophageal dysmotility. *Scand J Gastroenterol* 1994;29:392-7.
3. Benjamin SB, Gerhardt DC, Castell DO. High amplitude peristaltic esophageal contractions associated with chest pain and/or dysphagia. *Gastroenterology* 1979;77:478-83.
4. Benjamin SB, Castell DO. The nutcracker esophagus and the spectrum of esophageal motor disorders. *Curr Concepts Gastroenterol* 1980;5:3-8.
5. Castell DO, Knuff TE, Brown FC, Gerhardt DC, Burns TW, Gaskins RD. Dysphagia. *Gastroenterology* 1979;76:1015-24.
6. Clouse RE, Staiano A. Contraction abnormalities of the esophageal body in patients referred for manometry: a new approach to manometric classification. *Dig Dis Sci* 1983;28:784-91.
7. Clouse RE. Spastic disorders of the esophagus. *Gastroenterologist* 1997;5:112-27.
8. Dantas RO. Motilidade do esôfago no paciente com mais de 70 anos. *Arq Gastroenterol* 1995;32:3-7.
9. Dantas RO. Disfagia de causa obscura ou de pequenas e múltiplas causas [abstract]. In: *Colóquio Multidisciplinar Deglutição & Disfagia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, nov., 13-14, 1998. Rio de Janeiro: SupraSet; 1998. p.295.*
10. Felix VN. A disfagia no contexto das enfermidades [abstract]. In: *Colóquio Multidisciplinar Deglutição & Disfagia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, nov., 13-14, 1998. Rio de Janeiro: SupraSet; 1998. p.51.*
11. Gelfand DW, Richter JE, editors. *Dysphagia. Diagnosis and treatment.* New York: Igaku-Shoin; 1989.
12. Giuli R, McCallum RW, Skinner DB, editors. *Primary motility disorders of the esophagus.* Paris: John Libbey; 1991.
13. Kahrilas PJ, Ergun GA. Esophageal dysphagia. *Acta Otorrhinolaringol Belg* 1994;48:171-90.
14. Katz PO, Dalton CB, Richter JE, Wu WC, Castell DO. Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia: results of three years' experience with 1161 patients. *Ann Intern Med* 1987;106:593-7.
15. Kim CH, Weaver AL, Hsu JJ, Rainwater L, Zinsmeister AR. Discriminative value of esophageal symptoms: a study of the initial clinical findings in 499 patients with dysphagia of various causes. *Mayo Clin Proc* 1993;68:948-54.
16. Osgood H apud Richter JE, Castell DO. Diffuse esophageal spasm: a reappraisal. *Ann Intern Med* 1984;100:242-5.
17. Ott DJ, Richter JE, Chen YM, Wu WC, Gelfand DW, Castell DO. Esophageal radiography and manometry: correlation in 172 patients with dysphagia. *Am J Roentgenol* 1987;149:307-11.
18. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992;136:165-77.
19. Traube M, McCallum RW. Comparison of esophageal manometric characteristics in asymptomatic subjects and symptomatic patients with high-amplitude esophageal peristaltic contractions. *Am J Gastroenterol* 1987;82:831-5.
20. Traube M, Peterson J, Siskind BN, McCallum RW. Segmental aperistalsis of the esophagus: a cause of chest pain and dysphagia. *Am J Gastroenterol* 1988;83:1381-5.

Recebido em 13/3/2000.
Aprovado em 31/7/2000.