



NOVA CLASSIFICAÇÃO PARA TRANSTORNOS DE MOTILIDADE ESOFÁGICAS (CLASSIFICAÇÃO DE CHICAGO, VERSÃO 4.0[®]) E ESOFAGOPATIA NA DOENÇA DE CHAGAS (ACALÁSIA)

NEW CLASSIFICATION FOR ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS (CHICAGO CLASSIFICATION VERSION 4.0[®]) AND CHAGAS DISEASE ESOPHAGOPATHY (ACHALASIA)

Fernando Augusto Mardiros **HERBELLA**¹®, Osvaldo **MALAFAIA**²®, Marco G. **PATTI**³®

Amanometria de alta resolução (HRM) é, sem dúvida, uma evolução da manometria convencional. Essa tecnologia foi desenvolvida no início do século, embora tenha chegado à América Latina apenas em 2008². O teste de motilidade esofágica tornou-se pelo menos mais confortável e intuitivo para o não especialista após HRM; no entanto, uma abundância de novos parâmetros e diagnósticos veio com a apresentação agradável aos olhos dos gráficos coloridos. Um consenso tornou-se obrigatório e um painel de especialistas passou a divulgar diretrizes periódicas para a interpretação de HRM, a chamada Classificação de Chicago. Uma nova versão acaba de ser publicada¹¹ com algumas implicações práticas para os cirurgiões³. Nesta nova versão, o diagnóstico de acalásia ainda é definido pelo relaxamento anormal do esfíncter esofágico inferior (EEI) medido por uma pressão de relaxamento integrada elevada (IRP) e a divisão dos subtipos baseada na pressurização esofágica mantida inalterada. Diferente das versões anteriores, no entanto, algumas situações definem “diagnóstico inconclusivo de acalásia”: a) contratilidade ausente sem peristaltismo apreciável no ajuste de valores de IRP no limite superior do normal; b) evidência de peristalse apreciável com mudança de posição no cenário de um padrão de acalásia do tipo I ou II e c) um IRP anormal com evidência de espasmo e evidência de peristalse no cenário de padrão de acalásia do tipo III. Vamos discutir as implicações dessas afirmações no manejo de pacientes com esofagopatia chagásica (acalasia chagásica), uma vez que a HRM está mais disseminada no Brasil desde o desenvolvimento dos sistemas nacionais⁵.

Primeiro ponto de discussão, o diagnóstico conclusivo de acalásia é baseado na aperistalse. O conceito de tudo ou nada ainda é válido para o diagnóstico manométrico conclusivo dela. Alguns autores não têm aplicado esse critério em pacientes com acalásia chagásica¹. Uma fase “indeterminada” é geralmente citada como um achado comum em pacientes com ela⁶. É indescritível saber-se esses casos realmente representam pré-doença para progredir para a aperistalse completa.

Por um lado, os pesquisadores têm a chance de estudar pacientes com sorologia positiva para Chagas antes que os sintomas esofágicos se manifestem, o que não ocorre na acalásia idiopática. Por outro lado, os pacientes com doença de Chagas podem nunca desenvolver acalásia chagásica, mas podem apresentar outras doenças do esôfago, como a doença do refluxo gastroesofágico⁷. Chicago 4.0 esclareceu que distúrbios primários da motilidade esofágica só devem ser considerados como tal na ausência da doença do refluxo e, como tal, todos esses casos de fase “indeterminada” devem ser submetidos ao monitoramento de pH. É preciso estar ciente de que o pseudorefluxo pode ocorrer na acalásia devido à fermentação dos alimentos no esôfago, mas os traçados são muito característicos dessa ocorrência⁸.

Segundo ponto de discussão, o “diagnóstico inconclusivo de acalásia” segundo Chicago 4.0 não contempla os casos usualmente considerados como fase “indeterminada”. A primeira situação de diagnóstico inconclusivo é a presença de aperistalse e valores de IRP no limite superior do normal. Embora não tenha havido definição para limite superior, não é incomum encontrar acalasia chagásica comprovada e valores normais de IRP, especialmente no cenário de EEI hipotônico⁹. Além disso, os cirurgiões são usados para tratar pacientes após terapia endoscópica malsucedida, quando o parâmetro do EEI é perdido³. Outra situação é a presença de peristalse quando a manometria é repetida em outra posição (supino vs. em cima-direita). Em nossa opinião, isso pode representar interpretação errônea do teste, em vez de um diagnóstico peculiar. Por último, há referência à situações específicas frente à acalásia tipo III que não é encontrada na acalásia chagásica, pois há influência tônica prejudicada dos nervos colinérgicos sobre a musculatura lisa do esôfago¹⁰.

Os cirurgiões brasileiros sempre acreditaram em uma investigação completa para o manejo da acalásia chagásica, não apenas em um diagnóstico manométrico⁴, Chicago 4.0 apenas corrobora essa crença.



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil; ²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná/Instituto de Pesquisas Médicas, Curitiba, PR, Brasil; ³Hospitais da Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, NC, USA

Como citar esse artigo: Herbella FAM, Malafaia O, Patti MG. Nova classificação para transtornos de motilidade esofágicas (Classificação de Chicago, versão 4.0[®]) e esofagopatia na doença de Chagas (acalásia). ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(4):e1624. <https://doi.org/10.1590/0102-672020210002e1624>

Correspondência:

Fernando A. M. Herbella
E-mail: herbella.dcir@epm.br

Fonte de financiamento: nenhum.

Conflito de interesse: não.

Recebido: 23/04/2021

Aceito: 30/07/2021

REFERÊNCIAS

1. Dantas RO, Deghaide NH, Donadi EA. Esophageal motility of patients with Chagas' disease and idiopathic achalasia. *Dig Dis Sci.* 2001;46(6):1200-6. doi: 10.1023/a:1010698826004.
2. Herbella FAM, Del Grande JC. Novas técnicas ambulatoriais para avaliação da motilidade esofágica e sua aplicação no estudo do megaesôfago. *Rev Col Bras Cir;* 2008; 35(3), 199-202.
3. Herbella FAM, Patti MG. Chicago classification version 4.0[®] from surgeons' point of view. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(6):e14090. doi: 10.1111/nmo.14090.
4. Herbella FA, Aquino JL, Stefani-Nakano S, Artifon EL, Sakai P, Crema E, Andreollo NA, Lopes LR, de Castro Pochini C, Corsi PR, Gagliardi D, Del Grande JC. Treatment of achalasia: lessons learned with Chagas' disease. *Dis Esophagus.* 2008;21(5):461-7. doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00811.x.
5. Mariotto R, Herbella FAM, Andrade VLÂ, Schlottmann F, Patti MG. Validation of a new water-perfused high-resolution manometry system. *Arq Bras Cir Dig.* 2021;33(4):e1557. doi: 10.1590/0102-672020200004e1557.
6. Martins P, Ferreira CS, Cunha-Melo JR; Professor Emeritus of Surgery. Esophageal transit time in patients with chagasic megaesophagus: Lack of linear correlation between dysphagia and grade of dilatation. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(10):e0084. doi: 10.1097/MD.00000000000010084.
7. Pantanali CA, Herbella FA, Henry MA, Aquino JL, Farah JF, Grande JC. Nissen fundoplication for the treatment of gastroesophageal reflux disease in patients with Chagas disease without achalasia. *Ver Inst Med Trop Sao Paulo.* 2010;52(2):113-4. doi: 10.1590/s0036-46652010000200010.
8. Patti MG, Arcerito M, Tong J, De Pinto M, de Bellis M, Wang A, Feo CV, Mulvihill SJ, Way LW. Importance of preoperative and postoperative pH monitoring in patients with esophageal achalasia. *J Gastrointest Surg.* 1997;1(6):505-10. doi: 10.1016/s1091-255x(97)80065-0.
9. Vicentine FP, Herbella FA, Allaix ME, Silva LC, Patti MG. Comparison of idiopathic achalasia and Chagas' disease esophagopathy at the light of high-resolution manometry. *Dis Esophagus.* 2014;27(2):128-33. doi: 10.1111/dote.12098.
10. Vicentine FP, Herbella FA, Allaix ME, Silva LC, Patti MG. High-resolution manometry classifications for idiopathic achalasia in patients with Chagas' disease esophagopathy. *J Gastrointest Surg.* 2014;18(2):221-4; discussion 224-5. doi: 10.1007/s11605-013-2376-1.
11. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, Babaei A, Mittal RK, Rommel N, Savarino E, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0[®]. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(1):e14058. doi: 10.1111/nmo.14058.