Ausência de contratilidade esofágica

Introdução

A ausência de contratilidade (AC) é um distúrbio motor esofágico raro, com prevalência estimada em 3% a 4% dos pacientes submetidos à manometria esofágica de alta resolução (MAR) e em 5% a 7% entre aqueles avaliados por disfagia.

De acordo com a Classificação de Chicago versão 4.0 (relembre aqui!), a ausência de contratilidade é definida como 100% de peristalse falha na presença de relaxamento adequado da junção esofagogástrica (ver Figura 1).

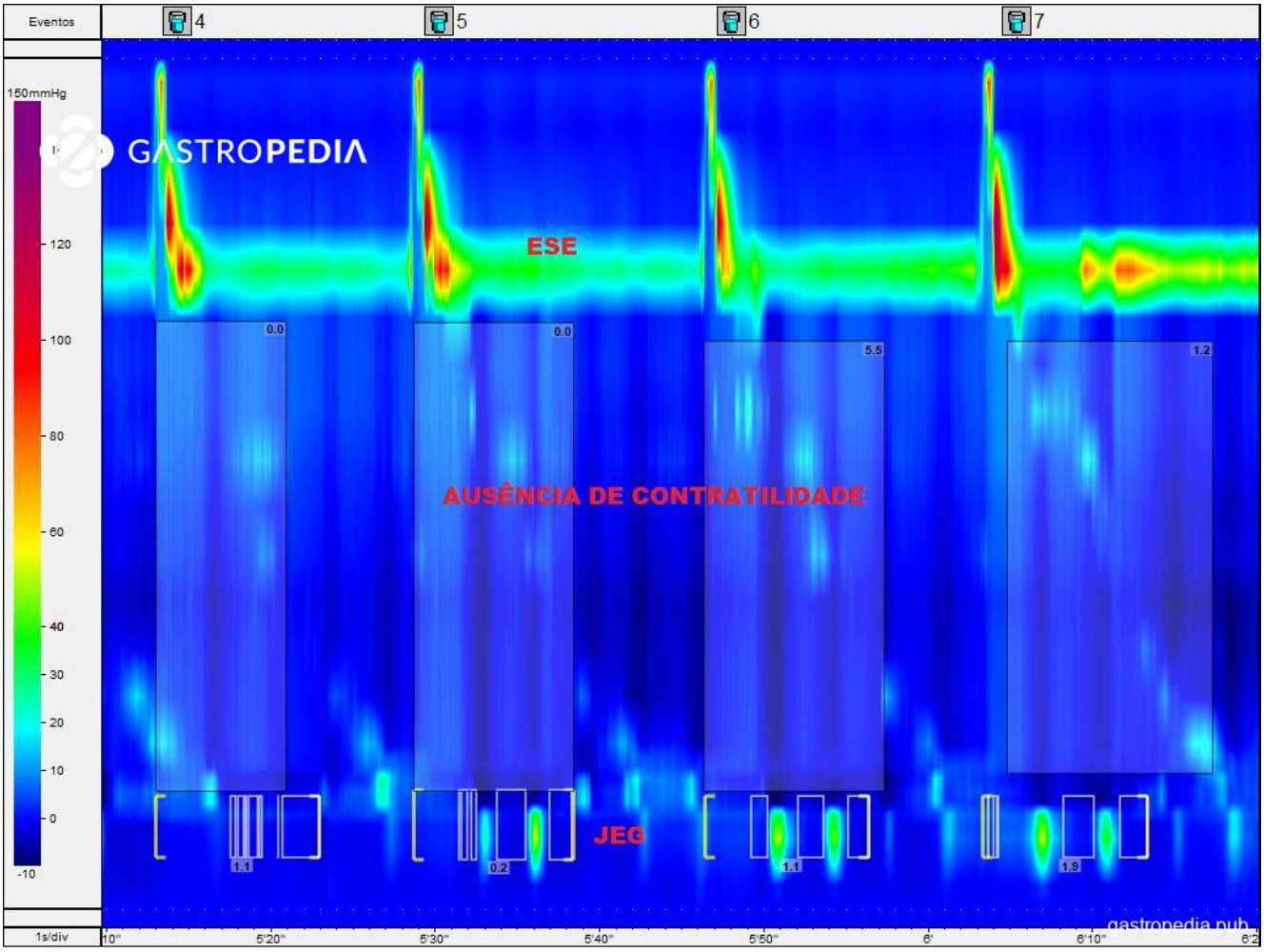

Figura 1 – Manometria de Alta Resolução demonstrando ausência de contratilidade esofágica.

Apresentação clínica

Os sintomas da ausência de contratilidade são variados e, muitas vezes, inespecíficos. As principais queixas incluem:

- Regurgitação (68%)
- Pirose (40% a 82%)
- Disfagia (30% a 66%)

Outras manifestações possíveis são:

- Dor torácica não cardíaca (17% a 21%)
- Eructações (57%)
- Náuseas e vômitos (23% a 33%)
- Tosse recorrente (49%)
- Perda ponderal (24%)

Condições associadas

A ausência de contratilidade é considerada uma “descendente” do chamado **“esôfago esclerodérmico”**, previamente descrito pela manometria convencional. Embora não seja um achado específico, é fortemente associado a doenças do colágeno, especialmente à esclerose sistêmica.

Distúrbios motores esofágicos estão presentes em até 80%–90% dos pacientes com esclerose sistêmica, sendo que a ausência de contratilidade representa 51% a 60% desses casos, e a motilidade esofágica ineficaz (MEI), 18% a 19%. A esclerose sistêmica é uma doença autoimune sistêmica complexa, que cursa com disfunção endotelial e excesso de deposição de colágeno, comprometendo múltiplos órgãos, inclusive o trato gastrointestinal

Além das doenças reumatológicas, outras condições frequentemente associadas à ausência de contratilidade

esofágica incluem:

- **Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)**: até 36% dos pacientes com AC têm história de DRGE. A prevalência de esofagite erosiva nesses casos varia entre 31% e 65%. A hipomotilidade pode ser causa ou consequência da agressão esofágica crônica.
- **Cirurgias gástricas prévias**: cerca de 14,9% dos pacientes com AC já realizaram cirurgias gástricas, como fundoplicatura ou procedimentos bariátricos.
- **Doença pulmonar intersticial**: é comum encontrar AC em pacientes candidatos a transplante pulmonar, tanto pela doença de base (ex: colagenose) quanto por alterações mecânicas, como a tração lateral gerada pela fibrose. Há relatos de melhora da motilidade esofágica após transplante.
- **Uso de álcool**: estudos sugerem maior prevalência de consumo alcoólico em pacientes com AC comparados a controles, embora a relevância clínica dessa associação ainda demande mais evidências.

Diagnóstico

O exame de escolha é a manometria esofágica de alta resolução.

Segundo a Classificação de Chicago v4.0, o diagnóstico de ausência de contratilidade exige:

- Relaxamento adequado do esfíncter esofagiano inferior (IRP < 15 mmHg)
- 100% de deglutições com falha peristáltica (DCI < 100 mmHg·s·cm)

A ausência de contratilidade pode representar um estágio

precoce da acalasia tipo I. Em um seguimento médio de 20,5 meses, 6,8% dos pacientes inicialmente diagnosticados com AC evoluíram para acalasia. Isso se deve, possivelmente, à progressiva degeneração neuronal, que pode comprometer o corpo esofágico antes do esfíncter esofagiano inferior. Além disso, o valor do IRP pode ser afetado por erros técnicos ou por variações fisiológicas.

Em pacientes com disfagia significativa e IRP limítrofe (10–15 mmHg), a acalasia tipo I deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Estudos mostram que até 25% dos pacientes com ausência de contratilidade ou acalasia tipo I podem ser incorretamente classificados apenas com base no IRP. Alguns pacientes com aperistalse e IRP normal (< 15 mmHg) apresentam na verdade história clínica, aparência radiográfica e achados endoscópicos mais consistentes com acalasia. Por isso, testes adicionais são fundamentais para diferenciar essas condições – *tema que será abordado em uma próxima publicação neste site*.

Tratamento

O tratamento da ausência de contratilidade é desafiador, pois **não há terapias farmacológicas eficazes** para melhorar o vigor contrátil esofágico. O manejo deve ser individualizado, com foco nos sintomas predominantes e e no tratamento de qualquer refluxo concomitante, quando presente.

Medidas comportamentais úteis incluem:

- Fracionar e mastigar bem os alimentos
- Associar alimentos sólidos com líquidos
- Comer em posição ereta
- Evitar decúbito por algumas horas após as refeições

Terapias farmacológicas:

- **Prucaloprida**: pode aumentar a amplitude das contrações primárias do esôfago em pacientes com DRGE e ajudar no controle de sintomas em casos associados com gastroparesia ou constipação, mas não é considerada opção de tratamento para hipomotilidade esofágica;
- **Buspirona**: mostrou aumento da contratilidade esofágica em pacientes com esclerose sistêmica, mas não se mostrou superior ao placebo em alívio sintomático.
- **Neuromoduladores**: podem ajudar quando a dor torácica é o sintoma predominante.

Tratamento da DRGE associada:

- Deve-se realizar controle agressivo da acidez com IBPs em altas doses (ou bloqueadores ácidos competitivos de canais de potássio).
- **Fundoplicatura**: tem eficácia limitada (50%–60%) e pode agravar a disfagia em até 70% dos pacientes com esclerose sistêmica. Fundoplicatura parcial pode ser discutida no caso de sintomas refratários.
- **Bypass gástrico com anastomose em Y de Roux**: de modo semelhante a uma cirurgia bariátrica, mas com uma alça mais curta para evitar perda de peso pós-operatória significativa, surge como uma alternativa mais eficaz que a fundoplicatura. Essa abordagem permitiria, afinal, abrandar a DRGE refratária sem levar ao agravamento dos sintomas disfágicos.

Considerações finais

A ausência de contratilidade é um raro, porém grave distúrbio motor do esôfago associado a disfagia e sintomas refratários

de doença do refluxo gastroesofágico. O seu adequado diagnóstico por meio da manometria esofágica é fundamental para evitar tratamentos inapropriados e orientar adequadamente os pacientes.

Referências

1. Aggarwal N, Lopez R, Gabbard S, Wadhwa N, Devaki P, Thota PN.
   Spectrum of esophageal dysmotility in systemic sclerosis on high-resolution esophageal manometry as defined by Chicago classification. Dis Esophagus. 2017;30(12):1–6.
2. Alcalá-González LG, Jimenez-Masip A, Relea-Pérez L, Barber-Caselles C, Barba-Orozco E. Underlying etiology associated with the diagnosis of absent contractility on high resolution esophageal manometry. Gastroenterol Hepatol. 2023 Jan;46(1):10–6.
3. Cohen D, Dickman R, Bermont A, Richter V, Shirin H, Mari A. The Natural History of Esophageal “Absent Contractility” and Its Relationship with Rheumatologic Diseases: A Multi-Center Case–Control Study. J Clin Med. 2022 Jul 5;11(13):3922.
4. Dao HV, Hoang LB, Luu HTM, Nguyen HL, Goldberg RJ, Allison J, et al. Clinical symptoms, endoscopic findings, and lower esophageal sphincter characteristics in patients with absent contractility. Med (United States). 2022;101(43):E31428.
5. Laique S, Singh T, Dornblaser D, Gadre A, Rangan V, Fass R, et al. Clinical Characteristics and Associated Systemic Diseases in Patients With Esophageal “Absent Contractility”—A Clinical Algorithm. J Clin Gastroenterol. 2019 Mar;53(3):184–90.
6. Surjan RCT, Silveira S, Figueira ER. First Robotic Roux-en-Y Gastric Bypass for the Treatment of Refractory Gastroesophageal Reflux Disease in a Patient With Systemic Sclerosis. Cureus. 2023;15(1):1–6.

7. Tran S, Gray R, Kholmurodova F, Thompson SK, Myers JC, Bright T, et al. Laparoscopic Fundoplication Is Effective Treatment for Patients with Gastroesophageal Reflux and Absent Esophageal Contractility. J Gastrointest Surg. 2021;25(9):2192–200.
8. Yan J, Strong AT, Sharma G, Gabbard S, Thota P, Rodriguez J, et al. Surgical management of gastroesophageal reflux disease in patients with systemic sclerosis. Surg Endosc. 2018;32(9):3855–60.

Como citar este artigo

Fontes LH, Lages RB. Ausência de contratilidade esofágica Gastropedia 2025, Vol 1. Disponível em: https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/ausencia-de-contratilidade-esofagica/