

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 funduplicatura 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 esofágiano 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 esofágiano 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 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).
- **Funduplicatura:** tem eficácia limitada (50%–60%) e pode

agravar a disfagia em até 70% dos pacientes com esclerose sistêmica. Funduplicatura 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 funduplicatura. 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/>