

# Roma V nos distúrbios esofágicos funcionais: o que mudou?

Os distúrbios esofágicos funcionais, agora denominados **distúrbios esofágicos da interação intestino-cérebro (E-DGBI)**, passaram por uma atualização conceitual relevante no **Roma V**, refletindo avanços diagnósticos e fisiopatológicos recentes.

## Principais mudanças do Roma V

### 1. Integração formal com critérios fisiológicos modernos

Uma das mudanças mais importantes é a incorporação explícita de dois consensos fundamentais:

- **Classificação de Chicago 4.0** → avaliação de motilidade esofágica ([veja aqui](#))
- **Lyon Consensus 2.0** → diagnóstico de DRGE ([veja aqui](#))

Ou seja: O diagnóstico de E-DGBI passa a ser **fortemente baseado em exclusão objetiva**, utilizando testes fisiológicos e não apenas critérios clínicos.

### 2. Diagnóstico mais rigoroso (e mais “excludente”)

O Roma V reforça que o diagnóstico só deve ser feito após excluir:

- Doença estrutural (endoscopia)
- DRGE significativa (pHmetria/impedância)
- Distúrbios motores maiores (manometria esofágica):  
Atenção que motilidade esofágica ineficaz (MEI) não

exclui E-DGBI

- Esofagite eosinofílica (com biópsia esofágica, quando indicado)

Isso reduz o risco de **sobrediagnóstico de distúrbios funcionais**, problema frequente no Roma IV.

### **3. Maior valorização da esofagite eosinofílica como diagnóstico diferencial**

O Roma V enfatiza que a **esofagite eosinofílica deve ser ativamente excluída**, especialmente em:

- Disfagia
- Dor torácica relacionada à alimentação

A ausência de biópsia adequada pode levar a diagnóstico incorreto de E-DGBI.

### **4. Papel crescente de novas ferramentas diagnósticas**

Especialmente na disfagia funcional:

- Introdução do **FLIP (Functional Lumen Imaging Probe)** – [veja mais aqui](#)
- Maior uso de:
  - Teste com alimento sólido na manometria esofágica
  - Esofagograma (EED)

### **5. Critérios temporais mantidos, mas reforçados**

Para diagnóstico:

- Sintomas  $\geq$  3 meses
- Início  $\geq$  6 meses antes

Com esse critério temporal, reforça o caráter **crônico e não transitório** dessas condições.

## 6. Redefinição e melhor separação dos fenótipos clínicos

O Roma V mantém os principais subgrupos, mas com critérios mais claros, conforme descrito na Tabela 1:

<b>Distúrbio esofágico da interação intestino-cérebro:</b>	<b>Critérios diagnósticos:</b>
	<p><b>Critério temporal (para TODOS):</b> Sintomas <math>\geq</math> 3 meses Início <math>\geq</math> 6 meses Frequência: <math>\geq</math> 1x/semana, apesar de terapia antissecretora por pelo menos 8 semanas</p> <p><b>Critério de exclusão (para TODOS):</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ausência de evidência de que a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ou esofagite não relacionada ao refluxo sejam a causa dos sintomas (conforme critérios do Consenso Lyon 2.0; considerar biópsias de mucosa se disfagia ou se a dor torácica ocorrer durante as refeições)</li><li>2. Ausência de distúrbios do esvaziamento da junção esofagogástrica (JEG) e/ou de distúrbios da peristalse esofágica. Obs: Presença de motilidade esofágica ineficaz (MEI) não exclui o diagnóstico funcional</li></ol>

<b>Distúrbio esofágico da interação intestino-cérebro:</b>	<b>Critérios diagnósticos:</b>
Dor torácica funcional	<p><b>Deve incluir todos os seguintes critérios:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor ou desconforto retroesternal (causas cardíacas devem ser excluídas)</li> <li>2. Ausência de sintomas esofágicos associados, como pirose ou disfagia</li> </ol>
Pirose funcional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensação de queimação retroesternal</li> <li>2. Ausência de alívio dos sintomas apesar de terapia antissecretora otimizada por pelo menos 8 semanas</li> </ol>
Hipersensibilidade ao refluxo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Queimação retroesternal e/ou dor torácica</li> <li>2. Regurgitação e eructação não são consideradas nesta definição quando ocorrem isoladamente ou em conjunto</li> <li>3. Evidência de desencadeamento dos sintomas por episódios de refluxo</li> </ol>
Globus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensação persistente ou intermitente, não dolorosa, de “bolo” ou corpo estranho na garganta, sem lesão estrutural identificada ao exame físico e à laringoscopia <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ocorre entre as refeições</li> <li>b. Ausência de disfagia ou odinofagia</li> <li>c. Ausência de <i>gastric inlet patch</i> (mucosa gástrica ectópica) no esôfago proximal</li> </ol> </li> </ol>

Distúrbio esofágico da interação intestino-cérebro:	Critérios diagnósticos:
Disfagia funcional	<p>1. Sensação de que alimentos sólidos e/ou líquidos ficam presos, impactados ou apresentam trânsito anormal pelo esôfago</p> <p>2. Ausência de evidência de que anormalidade mucosa ou estrutural esofágica seja a causa do sintoma</p> <p>° Esofagograma normal com comprimido/marshmallow ou FLIP normal podem apoiar o diagnóstico de disfagia funcional)</p> <p>° Teste com refeição sólida normal durante a manometria pode apoiar o diagnóstico de disfagia funcional</p>

Tabela 1: Critérios diagnósticos para distúrbios esofágicos da interação intestino-cérebro, conforme Roma V.

## Conclusão

O Roma V representa um avanço ao propor uma **abordagem mais estruturada para o diagnóstico dos distúrbios esofágicos da interação intestino-cérebro**, integrando consensos modernos como Lyon 2.0 e Chicago v4.0 e refinando a distinção entre os diferentes fenótipos clínicos. Essa padronização é particularmente **importante porque**, apesar da alta prevalência e do reconhecimento crescente dessas condições, os **E-DGBI ainda permanecem subestudados**, principalmente **devido à ausência de algoritmos diagnósticos amplamente aplicáveis e pela heterogeneidade na avaliação sintomática e nos testes fisiológicos**. Como consequência, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas baseadas em evidências ainda é limitado. Nesse cenário, os avanços futuros passam necessariamente pela consolidação de critérios diagnósticos

mais robustos, melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos e incorporação de uma abordagem multidisciplinar no manejo desses pacientes.

## Referência

1. Gyawali CP, Roman S, Zerbib F, Savarino EV, Bhatia S, Fass R, Pandolfino JE. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology*. 2026. doi:10.1053/j.gastro.2026.02.005.

## Como citar este artigo

Lages RB. Roma V nos distúrbios esofágicos funcionais: o que mudou? *Gastropedia* 2026, Vol II. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/roma-v-nos-disturbios-esofagicos-funcionais-o-que-mudou/>