

ACALASIA NA DOENÇA DE CHAGAS É DIFERENTE DE ACALASIA IDIOPÁTICA? EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

IS ACHALASIA IN CHAGAS' DISEASE DIFFERENT FROM IDIOPATHIC ACHALASIA? EXPERIENCE OF THE HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

DANIELA G. DA COSTA¹, SÉRGIO GABRIEL S. DE BARROS², ANTÔNIO CARLOS GRÜBER³, ANTÔNIO DE B. LOPES⁴, MARIO LUIZ C. FILHO⁵,
CARMEN P. F. FREITAG³, HELENICE P. BREYER³, CRISTINA A. ARRUDA⁶, GABRIEL G. BARLEM⁴, HELENA A. S. GOLDANI⁷

ABSTRACT

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo avaliar as diferenças entre a acalasia chagásica e a idiopática em pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através da análise de achados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e manométricos.

Métodos: Foram estudados pacientes encaminhados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre novembro de 1996 e dezembro de 2001, com suspeita de acalasia, posteriormente, confirmada por manometria esofágica. Além das características manométricas e radiológicas, os pacientes foram avaliados quanto a idade, sexo, sintomas e tempo de evolução.

Resultados: Entre 51 pacientes, nove (18%) tiveram sorologia positiva para doença de Chagas e 42 (82%) sorologia negativa. Indivíduos com sorologia negativa foram considerados portadores de acalasia idiopática. Pacientes com acalasia chagásica tinham média de idade de 62 ± 15 anos e os com idiopática 43 ± 18 anos ($P < 0,02$). O período de evolução dos sintomas em pacientes com acalasia chagásica foi de 74 ± 47 meses e nos idiopáticos 49 ± 35 meses ($P < 0,05$). Disfagia, regurgitação, dor torácica e emagrecimento, valores do esfíncter esofágico inferior (pressão basal, pressão e duração de relaxamento pós-deglutição e comprimento total) e do corpo esofágico (amplitude e duração das ondas pós-deglutição) foram similares em ambos os grupos.

Conclusões: As únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os dois grupos foram a média de idade e o período de evolução dos sintomas, maiores nos pacientes chagásicos. Esses dados permitem especular sobre uma maior tolerância aos sintomas nos pacientes com idade mais avançada.

Unitermos: Acalasia chagásica; acalasia idiopática; doença de Chagas.

¹Mestre em Gastroenterologia, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Gastroenterologia, Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Correspondência: Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar, CEP 90035-180, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: ppgastro@vortex.ufrgs.br

²Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Gastroenterologia. Médico do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

³Aluno Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Gastroenterologia.

⁴Médico Residente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

⁵Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul.

⁶Aluna Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Gastroenterologia.

⁷Médica Pediatra, Bolsista CNPq Pós-Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objective: The objective of this study is to evaluate the differences between achalasia in Chagas' disease and idiopathic achalasia in patients admitted to the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, by analyzing epidemiologic, clinic, radiologic and manometric findings.

Methods: Patients referred to the Hospital de Clinicas de Porto Alegre between November 1996 and December 2001 with suspicion of achalasia, later confirmed by esophageal manometry, were included in the study. In addition to manometric and radiologic findings, patients were assessed for age, sex, symptoms and symptomatic period.

Results: Among 51 patients, nine (18%) presented positive serology for Chagas' disease and 42 (82%) presented negative serology. The latter were considered carriers of idiopathic achalasia. The mean age of patients with achalasia in Chagas' disease was 62 ± 15 years, while the mean age in the idiopathic group was 43 ± 18 years ($P < 0.02$). The symptomatic period for patients with achalasia in Chagas' disease was 74 ± 47 months, and in the idiopathic group, 49 ± 35 months ($P < 0.05$). Dysphagia, regurgitation, thoracic pain and weight loss, values at the lower esophageal sphincter (basal pressure, post-deglutitive relaxation pressure/duration and total length) and at the esophageal body (amplitude and duration of the post-deglutitive waves) were similar in both groups.

Conclusions: The only statistically significant differences found between the two groups were age and length of the symptomatic period, significantly greater in patients with achalasia in Chagas' disease. These data suggest a greater resistance to the symptoms in older patients.

Key-words: Achalasia in Chagas' disease; idiopathic achalasia; Chagas' disease.

INTRODUÇÃO

A acalasia é uma desordem da motilidade esofágica que compromete a qualidade de vida, manifestando-se por disfagia para sólidos e líquidos, regurgitação, dor torácica e emagrecimento (1-4). A manometria revela aperistalse do corpo esofágico (figura 1), e o esfíncter esofágico inferior (EEI) geralmente tem a sua pressão basal elevada e relaxamento

pós-deglutição incompleto (4,5). Recentemente, alguns autores têm sugerido diferentes valores nos registros manométricos entre a acalasia na doença de Chagas e a forma idiopática (6-9). Essas diferenças podem, eventualmente, ter implicações terapêuticas. O presente trabalho estudou os achados epidemiológicos, clínicos, radiológicos e manométricos entre pacientes com acalasia chagásica e idiopática no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

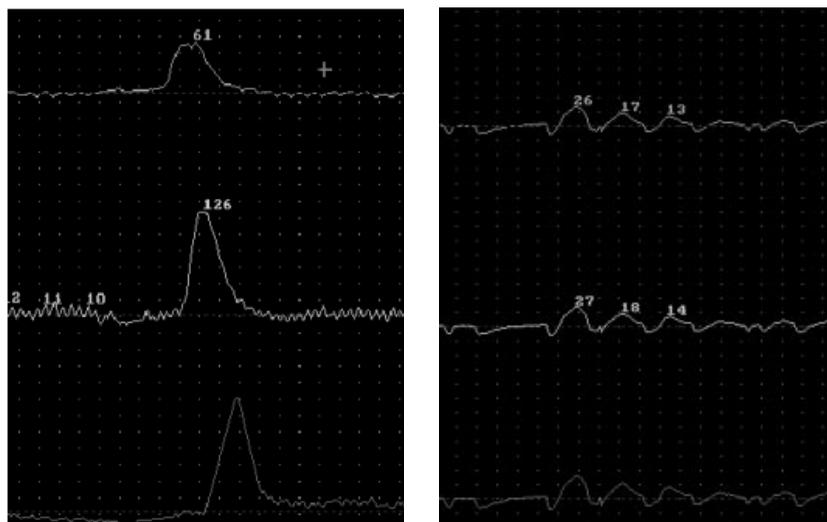


Figura 1. Manometria no corpo esofágico em indivíduo normal (à esquerda) e em indivíduo com acalasia (à direita).

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados os pacientes encaminhados ao Ambulatório de Doenças do Esôfago do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entre novembro de 1996 e dezembro de 2001, com suspeita clínica e/ou radiológica de acalasia, confirmada, posteriormente, por manometria esofágica. Foram excluídos pacientes previamente tratados com toxina botulínica, dilatação pneumática e/ou cirurgia, assim como pacientes com acalasia secundária a neoplasias (pseudo-acalasia).

As informações a seguir foram compiladas para todos os pacientes: dados demográficos (nome, sexo, idade, naturalidade e procedência), frequência dos sintomas (disfagia para sólidos e/ou líquidos, regurgitação, tosse, dor torácica, pirose, vômitos e perda de peso), período de evolução da doença (meses) e achados de laudos radiológicos (dilatação e/ou estenose). Os traçados manométricos foram revisados sistematicamente por dois observadores, anotando-se os dados para o esfíncter esofágico inferior (EEI) - pressão basal, pressão de relaxamento, duração do relaxamento e comprimento do esfíncter - e para o corpo esofágico - número de deglutições, duração da amplitude das ondas e amplitude média distal.

O critério manométrico utilizado para o diagnóstico de acalasia foi a aperistalse no corpo esofágico, com ou sem os seguintes sintomas: pressão basal do EEI elevada, pressão de relaxamento incompleto e duração do relaxamento anormal (4,10-12).

Utilizamos a amplitude média da onda no corpo esofágico distal para classificarmos a acalasia como "clássica" (≤ 37 mmHg) ou "vigorosa" (> 37 mmHg) (12,13).

A técnica manométrica utilizou um sistema de perfusão capilar de água, de baixa complacência, com cateter de polivinil (diâmetro externo de 4,5 mm e interno 0,8 mm, Andorfer Medical Specialties, Inc, Greendale, WI, EUA) de oito lumens conectados a transdutores externos e registro computadorizado das ondas pressóricas (Synetics Medical, Estocolmo, Suécia). Cada lúmen foi continuamente perfundido por água destilada (0,5 ml/min). As quatro aberturas distais estavam 1 cm distante umas das outras e anguladas em 90° entre si, e as quatro aberturas proximais a cada 5 cm e anguladas também em 90°.

Todos os pacientes realizaram o exame em posição supina após 8 horas de jejum, com o cateter posicionado primeiramente no estômago, após introdução via transnasal, sem sedação. Após a verificação da pressão intragástrica, analisou-se o

EEI pela técnica de retirada lenta do cateter, tomando-se como pressão basal a média das pressões esfínterianas imediatamente antes do ponto de inversão das pressões (PIP), no ponto médio do registro da curva de oscilação respiratória (5,14).

A determinação da pressão e duração do relaxamento do EEI foi efetuada através da média das pressões obtidas após quatro deglutições com água (5 ml), com o cateter estacionado no esfíncter. A análise da peristalse no corpo esofágico foi realizada após 10 deglutições com 5 ml de água, em intervalos de 30 segundos, registrando-se a amplitude e a duração das ondas. Os orifícios para registro estavam localizados a 3, 8, 13 e 18 cm da borda proximal do EEI.

Imunofluorescência para detecção de anticorpos contra *Trypanosoma cruzi* (Laboratório Biomédico, Brasil) foi utilizada para detecção de casos de doença de Chagas.

Utilizou-se o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher para análise estatística, sendo á significativa quando $P < 0,05$.

RESULTADOS

Foram estudados 51 pacientes, estando a acalasia chagásica presente em nove indivíduos (18%), e a forma idiopática em 42 pacientes (82%) (figura 2).

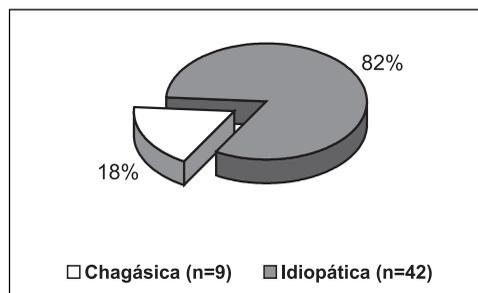


Figura 2. Acalasia: distribuição da frequência por etiologia

O paciente mais jovem do estudo tinha 10 anos e o mais idoso 88 anos, sendo a média de idade de 47 ± 18 e a mediana de 47,5 anos. A média de idade foi de 62 ± 15 e a mediana de 62 anos entre os pacientes com acalasia chagásica, enquanto os idiopáticos apresentaram média de idade de 43 ± 18 e mediana de 44 anos, com diferença estatística significativa entre os dois grupos ($P < 0,02$). Em pacientes chagásicos, o período médio de evolução dos sintomas até o momento do diagnóstico foi de 74 ± 47 meses contra 49 ± 35 meses no grupo idiopático ($P < 0,05$); não houve diferença estatística em relação à frequência do tipo de sintomas (tabela 1).

Tabela 1. Características gerais dos pacientes (n=51)

Características	Idiopáticos n = 42	Chagásicos n = 9	P
Idade - anos	43 ± 18	62 ± 15	< 0,02
Sexo - n (%)			
Masculino	15 (35,7)	5 (66,6)	NS
Feminino	27 (64,3)	4 (44,4)	NS
Sintomas - n (%)			
Disfagia para sólidos	42 (100,00)	9 (100,00)	NS
Disfagia para líquidos	28 (66,7)	5 (55,6)	NS
Regurgitação	29 (66,00)	4 (44,4)	NS
Pirose	7 (16,7)	2 (22,2)	NS
Dor torácica	11 (26,2)	3 (33,3)	NS
Tosse	3 (7,1)	9 (100,00)	NS
Vômito	14 (33,3)	1 (11,1)	NS
Diminuição de peso	32 (76,2)	6 (66,6)	NS
Tempo de evolução - meses	49 ± 35	74 ± 47	< 0,05

NS=não significativo

Os valores médios da pressão basal, da pressão e duração do relaxamento do EEI, e da amplitude e duração das ondas pós-deglutição no corpo esofágico distal foram similares entre os dois grupos. A frequência

da forma “vigorosa” de acalasia também foi similar entre os indivíduos com doença de Chagas e com a etiologia idiopática (tabela 2).

Tabela 2. Características à monometria esofágica dos pacientes (n = 51)

Características manométricas	Idiopáticos n = 42	Chagásicos n = 9	P
EEI			
Pressão basal (média/mmHg)	36 ±17	37 ±12	NS
Pressão de relaxamento (mmHg)	15,5 ±12	14 ±10	NS
Duração do relaxamento (s)	7 ±2	7 ±2	NS
Comprimento (cm)	4,8 ±0,9	4,92 ±0,9	NS
Corpo esofágico			
AED (mmHg)	32 ±19	26,5 ±18	NS
Duração da AED (s)	5,5 ±2	6,7 ±3	NS
Acalasia vigorosa* - n (%)	29 (71)	8 (89)	NS

EEI = esfíncter esofágico inferior; AED = amplitude esofágica distal; NS = não significativo.

* Acalasia vigorosa quando amplitude no esôfago distal (AED) > 37 mmHg.

DISCUSSÃO

O grupo chagásico apresentou idade mais avançada e maior duração de sintomas até o momento do diagnóstico manométrico. Essas características foram as únicas diferenças encontradas entre as variáveis analisadas neste estudo. Tais dados permitem especular sobre uma maior tolerância aos sintomas neste grupo.

Dantas e Lemme, entretanto, descrevem diferenças nos valores manométricos entre a acalasia chagásica e a idiopática, sugerindo prováveis diferenças na fisiopatogenia dessas duas formas da acalasia (6-9). Dantas et al. analisaram a pressão do EEI em 118 pacientes com acalasia chagásica, em 14 pacientes com acalasia idiopática e em 50 controles, usando um cateter perfusional com técnica de retirada lenta para medida das pressões do EEI (6). Em pacientes com acalasia chagásica, a pressão do EEI foi significativamente menor do que na forma idiopática ($P < 0,001$) e do que em indivíduos sadios ($P < 0,01$).

Posteriormente, o mesmo autor avaliou a amplitude das contrações do corpo esofágico em 99 pacientes com acalasia chagásica, 14 pacientes com acalasia idiopática e em 40 voluntários sadios e observou que ondas no corpo com amplitude baixa (< 30 mmHg) e falha na produção de ondas pós-deglutição, denominadas pelo autor de “contrações hipotensivas”, foram mais frequentes tanto em pacientes com acalasia chagásica quanto em indivíduos com acalasia idiopática quando comparados a voluntários sadios ($P < 0,05$) (7). Portanto, a diferença encontrada para o EEI entre o grupo chagásico e o idiopático no estudo anterior não foi identificada à manometria no corpo esofágico. Em 2001, Dantas et al. descrevem diferenças manométricas no corpo esofágico entre os dois grupos etiológicos (8).

Lemme et al. estudaram 126 pacientes subdivididos em acalasia chagásica ($n=32$) e idiopática ($n=94$), comparando-os com 32 indivíduos sadios (grupo controle) (9). Observaram que a pressão basal do EEI nos pacientes chagásicos foi significativamente menor do que no grupo idiopático ($P < 0,0001$) e semelhante ao grupo de indivíduos sadios.

Em nosso estudo, não observamos diferença nos valores dos registros manométricos, tanto para o EEI quanto para o corpo esofágico, entre os indivíduos com acalasia associada à doença de Chagas e entre aqueles com acalasia idiopática, como observado pelos autores acima mencionados. É possível que com uma maior amostragem, e, portanto, com maior poder estatístico, o presente estudo pudesse comprovar eventuais diferenças manométricas.

CONCLUSÕES

Os sintomas disfagia, regurgitação, pirose, tosse, dor torácica, vômitos e perda de peso foram igualmente frequentes nos grupos com acalasia chagásica e idiopática. Os achados manométricos no EEI e no corpo esofágico foram similares entre os dois grupos. A média de idade e o período de duração dos sintomas, significativamente mais elevados nos pacientes com acalasia chagásica, foram as únicas diferenças encontradas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Clouse R. Motor physiology and motor disorders of the esophagus. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, editors. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1998.
2. Cohen S, Ouyang A. Motility disorders of the esophagus. In: Haubricg WS, Schaffner F, Berk JE, editors. Bockus Gastroenterology. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1995.
3. Eckardt V, Köhne U, Junginger T, Westermeier T. Risk factors for diagnostic delay in achalasia. *Dig Dis Sci* 1997;42:580-5.
4. Vaezi M, Richter JE. Diagnosis and management of achalasia. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3406-12.
5. Castell D. Preoperative assessment of esophageal function. In: Demeester TR, Peracchia A, Bremner CG, editors. Modern approach to benign esophageal disease. 1st ed. Milan: Quality Medical Pub.; 1995. p. 17-34
6. Dantas RO, Godoy RA, Oliveira RB, Meneghelli UG, Troncon LE. Lower esophageal sphincter pressure in Chagas' disease. *Dig Dis Sci* 1990;35(4):508-12.
7. Dantas RO. Hipocontratilidade do esôfago em pacientes com doença de Chagas e pacientes com acalasia idiopática. *Arq Gastroenterol* 2000;37:35-41.
8. Dantas RO, Deghaide NH, Donadi EA. Esophageal motility of patients with Chagas' disease and idiopathic achalasia. *Dig Dis Sci* 2001;46:1200-6.
9. Lemme EM, Abrahão L Jr, Silva JF Jr, Ribeiro VCM. Lower esophageal sphincter pressure in idiopathic achalasia and Chagas disease-related achalasia. *Dis Esophagus* 2001;14(3-4):232-4.
10. Clouse R, Staiano A. Manometric patterns using esophageal body and lower sphincter characteristics findings in 1013 patients. *Dig Dis Sci* 1992;37:289-96.

11. Cohen S, Lipshutz W. Lower esophageal sphincter dysfunction in achalasia. *Gastroenterology* 1971;61:814-20.
12. Camacho LL, Katz PO, Evaland J, Vela M, Castell DO. Vigorous achalasia: original description requires minor change. *J Clin Gastroenterol* 2001;33:375-7.
12. Feldman M. Esophageal achalasia syndromes. *Am J Med Sci.* 1998;295(1):60-81.
13. Goldenberg SP, Burrell M, Fette GG, Vos C, Traube M. Classic and vigorous achalasia: a comparison of manometric, radiographic and clinical findings. *Gastroenterology* 1991;101:743-8.
14. Richter JE, Wu WC, Johns DN, Blackwell JN, Nelson JL 3rd, Castell JA, et al. Esophageal manometry in 95 healthy adult volunteers. Variability of pressures with age and frequency of "abnormal" contractions. *Dig Dis Sci* 1987;32:583-92.