

ESTUDO DA FUNÇÃO ESOFÁGICA. QUE MÉTODOS ESCOLHER?

Américo Carvalhinhos e colaboradores acabam de publicar uma série de quatro trabalhos¹⁻⁴, importantes para o nosso meio, sobre manometria e estudo do Ph esofágico, e com os quais apresentam o *state of art* local da avaliação funcional do esófago.

De todos estes métodos, a manometria continua a ser o meio de diagnóstico por excelência de estudo das perturbações da motilidade do corpo e do esfíncter esofágico inferior. Nas fases iniciais da acalásia, quando ainda não existe dilatação significativa do esófago e a história é duvidosa, a manometria mantém-se ainda como o método de diagnóstico mais sensível e indispensável. No entanto, não obstante todo o seu rigor, quando se comparam as curvas de motilidade encontradas em certas fases evolutivas desta doença com as de outras lesões obstructivas do esófago nem sempre a manometria permite só por si uma resposta clara e esclarecedora. Os achados manométricos, devemos ter presente, não são nunca específicos da doença mas da alteração motora, que a nível esofágico pode ter múltiplas causas. Daí que os critérios manométricos usados pelos referidos Autores para definir, por exemplo acalásia, sejam muito contingentes: três parâmetros não essenciais, e um essencial (ausência de peristalse em todo o corpo do esófago), que devemos acrescentar não é critério necessário e suficiente e pode também encontrar-se na grande dilatação do lume esofágico, qualquer que seja a causa, ou na atonia ou hipotonia de esforço. Confrontados com este problema há que recorrer a outros elementos clínicos: utilizar certos artifícios de sensibilização fisiológica e farmacológica para acentuar ou inibir as alterações motoras e principalmente confrontar os resultados obtidos com os de outros métodos de análise funcional.

Num dos trabalhos apresentados: *Contribuição da manometria do esófago na clínica*¹, conclui-se que a manometria é de utilidade muito reduzida no diagnóstico do refluxo gastroesofágico quando se estuda uma grande massa de doentes. Esta afirmação que é verdadeira e baseada na falta de correlação, também encontrada por estes Autores, entre a intensidade do refluxo e a pressão ou o comprimento do esfíncter, não deve na nossa opinião servir de base para excluir a manometria do estudo deste tipo de doentes. O facto de 4 dos 30 doentes com acalásia não diagnosticada previamente, terem sido submetidos a uma errada cirurgia anti-refluxo justifica a necessidade da avaliação funcional e obriga a incluir a manometria no estudo de todos os doentes com esofagite em que se propõe uma qualquer intervenção cirúrgica.

O problema da selecção e do custo destes exames laboratoriais, nos estudos de rastreio das doenças do esófago é também analisado de um modo muito claro e oportuno. A actualidade deste problema justifica que estudos como estes sejam alargados a todos os

métodos de avaliação funcional actualmente existentes entre nós e devam incluir não só a manometria e os diferentes métodos de avaliação do pH, mas também os estudos com tecnecio e câmara-gama do refluxo GE e do esvaziamento esofágico, que agora começam a ser generalizados entre nós. De todas estas provas, o Test do pH das 24 horas, como é demonstrado num destes trabalhos, é o método mais rigoroso para comprovar o refluxo GE. No entanto esta maior precisão deve ser confrontada com o facto de ele ser de todos os métodos existentes o mais dispendioso e incómodo. Importa portanto saber em que situações se justifica ser executado. Só quando o pH standard é negativo ou duvidoso, ou pelo contrário só se deve pedir se o resultado obtido não concordar com o índice de refluxo GE em doentes com história muito sugestiva de esofagite? A mesma questão se põe quando se tem de escolher entre o pH standard e o estudo do refluxo GE com radioisótopos, que trabalhos recentes indicam possuírem idêntica sensibilidade. Em hospitais como o de Santa Maria em Lisboa, onde felizmente já existe a possibilidade de recorrer a qualquer destas tecnologias o problema tem natural e local importância. A tendência deverá ser para seguir idêntica orientação à de outros centros: e escolher dos dois métodos menos rigorosos, o mais atraumático e incómodo ou o mais barato e guardar os estudos do pH das 24 horas para os casos mais duvidosos ou para trabalhos de investigação muito rigorosa.

O problema é mais difícil de resolver se pretendermos decidir sobre a escolha a fazer entre a manometria e o estudo do esvaziamento esofágico com radioisótopos. Este último método é ainda muito recente e não esgotou por enquanto todas as suas potencialidades. Ficamos a aguardar que num futuro próximo o Laboratório de Função Esofágica da Unidade de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria e o Instituto de Medicina Nuclear da Faculdade de Medicina nos possam responder a estas questões o que está perfeitamente ao seu alcance.

Veiga Fernandes
Serviço de Cirurgia II
Hospital de Santa Maria
1600 Lisboa

BIBLIOGRAFIA

1. Carvalhinhos, A.; Freire, A.; Novais, L.; Urceira Lopes, M. J.; Veloso, J.; Pinto Correia, J. Contribuição da manometria do esófago na clínica. *Acta Médica Portuguesa*, 1986; 7: 15-23.
2. Carvalhinhos, A.; Freire, A.; Novais, L.; Urceira Lopes, M. J.; Veloso, J.; Pinto Correia, J. Monitorização prolongada do pH esofágico (teste pH 24 horas). Técnica e aplicação na clínica. *Acta Médica Portuguesa*, 1986; 7: 25-33.
3. Carvalhinhos, A.; Freire, A.; Oliveira, A. G.; Urceira Lopes, M. J.; Novais, L.; Veloso, J.; Pinto Correia, J. Esfíncter esofágico inferior e competência gastroesofágica. *Acta Médica Portuguesa*, 1986; 7: 75-81
4. Carvalhinhos, A.; Freire, A.; Novais, L.; Veloso, J.; Urceira Lopes, MJ; Pinto Correia, J. Importância da manometria do esófago no diagnóstico de acalásia. *Acta Médica Portuguesa*, 1986; 7: 109-114