

RECOMENDAÇÕES SOBRE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
PARA PACIENTES COM DISFAGIA

Painel de Especialistas em Imagem Gastrointestinal: Marc S. Levine, Médico¹; Philip W. Ralls, Médico²; Robert L. Bree, Médico³; Seth N. Glick Médico⁴; Jay P. Heiken, Médico⁵; James E. Huprich, Médico⁶; Michelle L. Robbin, Médico⁷; Pablo R. Ros, Médico⁸; William P. Shuman, Médico⁹; Frederick Leslie Greene, Médico¹⁰; Loren A. Laine, Médico¹¹; Keith Lillemoe, Médico¹².

Resumo da Revisão da Literatura

A disfagia é definida como a sensação subjetiva de dificuldade de deglutição durante a passagem de um bolo sólido ou líquido da boca para o estômago. Este sintoma pode ser causado por alterações funcionais ou estruturais da cavidade oral, faringe, esôfago ou mesmo do cárdia gástrico. Pode ser realizado exame contrastado com bário usando a videofluoroscopia para avaliação da função faríngea e a mobilidade esofágica, bem como podem ser obtidas imagens estáticas seriadas com contraste simples e duplo contraste para avaliar anormalidades estruturais tais como anéis, estenoses e tumores. Outros possíveis exames diagnósticos incluem exames modificados da deglutição com bário (em pasta ou associado a alimentos), endoscopia, manometria e estudos do trânsito esofágico por radioisótopos. A escolha do exame pode depender da possibilidade de realização dos diversos exames bem como da natureza e localização da disfagia do paciente.

Perspectiva Clínica

Muitos pacientes com disfagia podem localizar subjetivamente uma sensação de bloqueio ou desconforto na garganta ou na região retroesternal. Pacientes com disfagia faríngea queixam-se, caracteristicamente, de que os alimentos aderem à garganta ou da sensação de ter um caroço na garganta. Outros sintomas da disfunção orofaríngea são tosse ou asfixia durante a deglutição, devido à penetração ou aspiração laríngea de alimentos, uma voz anasalada ou regurgitação nasal devido à insuficiência do palato mole e alimento saindo da boca ou dificuldade de mastigar devido a uma fase oral de deglutição anormal. Quando a disfagia orofaríngea tem uma causa atribuível provável, por exemplo, um derrame (AVC) recente, um exame modificado com ingestão de bário pode ser o exame apropriado para avaliar o status de deglutição do paciente e iniciar o tratamento com um fonoaudiólogo. Em pacientes com disfagia orofaríngea sem causa provável, entretanto, um estudo com bário mais detalhado pode ser necessário para determinar a causa. É também importante reconhecer que as anomalias do esôfago médio ou distal, ou mesmo do cárdia gástrico, podem causar disfagia referida na parte superior do tórax ou faringe, ao passo que anormalidades da faringe raramente causam disfagia referida na região inferior do tórax (1). O esôfago e o cárdia devem, portanto, serem avaliados em pacientes com sintomas faríngeos, particularmente se não forem encontradas anomalias na faringe que expliquem esses sintomas. Por estas razões, considera-se que um exame radiológico combinado de faringe, esôfago e cárdia gástrico é o apropriado para pacientes com disfagia faríngea sem uma causa provável.

Outros pacientes podem ter disfagia retroesternal com sensação de bloqueio ou desconforto em qualquer parte desde o início do tórax até a altura do apêndice xifóide. Este sintoma pode ser causado por distúrbios da motilidade esofágica ou por anomalias estruturais do esôfago ou cárdia, tais como esofagites, anéis, estenoses e tumores. Quando estudos

¹Principal Autor, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa; ²Presidente do Painel, LAC & USC Medical Center, Los Angeles, Calif; ³Radia Medical Imaging, Everett, Wash; ⁴Presbyterian Medical Center, Philadelphia, Pa; ⁵Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis, Mo; ⁶USC University Hospital, Los Angeles, Calif; ⁷University of Alabama, Birmingham, Ala; ⁸Brigham & Women's Hospital, Boston, Mass; ⁹Evergreen Hospital Medical Center, Kirkland, Wash; ¹⁰Carolinas Medical Center, Charlotte, NC, American College of Surgeons; ¹¹LAC & USC School of Medicine, Los Angeles, Calif, American Gastroenterological Association; ¹²The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md, American College of Surgeons.

O trabalho completo sobre os Critérios de Adequação do ACR (ACR Appropriateness Criteria™) está disponível, em inglês, no American College of Radiology (1891, Preston White Drive, Reston, VA, 20191-4397) em forma de livro, podendo, também, ser acessado no site da entidade www.acr.org; e em português no site do CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem www.cbr.org.br. Os tópicos adicionais estarão disponíveis on-line assim que forem finalizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

com bário são realizados nesses pacientes, o esofagograma geralmente consiste em um exame bifásico que inclui radiografias obtidas em posição ortostática com duplo contraste utilizando suspensão de bário com alta densidade para avaliar doença da mucosa e radiografias em decúbito com contraste convencional usando bário de baixa densidade para avaliar a distensibilidade e motilidade do órgão.

A avaliação ideal de pacientes com disfagia depende da sua natureza e localização, e do ambiente clínico no que tange à disponibilidade de execução de exames. Os quatro cenários abaixo são considerados separadamente:

1. Disfagia orofaríngea com uma causa provável;
2. Disfagia orofaríngea sem uma causa provável;
3. Disfagia retroesternal em pacientes imunocompetentes; e
4. Disfagia retroesternal em pacientes imunodeprimidos.

Disfagia Orofaríngea com uma Causa Provável

Quando a disfagia orofaríngea tem uma causa provável (por exemplo, um acidente vascular cerebral (AVC) recente, demência progressiva, miastenia grave, esclerose amiotrófica lateral), o exame modificado com ingestão de bário pode ser realizado com a assistência de um fonoaudiólogo (2). O estudo é facilitado com o uso de uma cadeira de fonoaudiologia para a realização do exame. O exame modificado com ingestão de bário focaliza o estudo da cavidade oral, faringe e esôfago cervical utilizando videofluoroscopia ou gravação em vídeo para avaliar anormalidades tanto da fase oral da deglutição (por exemplo, dificuldade de propulsão do bolo) como da fase faríngea (por exemplo, penetração laríngea do contraste, disfunção cricofaríngea). Pode-se administrar ao paciente suspensões de bário com alta e baixa densidades, bem como outras substâncias de consistências variadas (por exemplo pasta de bário ou biscoitos impregnados com bário) para avaliar a capacidade do paciente de deglutir substâncias sólidas ou semi-sólidas. Juntamente com um fonoaudiólogo, várias manobras compensatórias (por exemplo, posição com o queixo encolhido) podem ser escolhidas para evitar a aspiração ou outro tipo de disfunção da deglutição (2).

Disfagia Orofaríngea sem uma Causa Provável

Em pacientes com disfagia orofaríngea inexplicável, um estudo contrastado com bário mais detalhado pode ser realizado a fim de avaliar anomalias tanto funcionais como estruturais da faringe (3,4). Como no exame modificado da ingestão de bário, um exame dinâmico da faringe com videofluoroscopia ou gravação em vídeo permite a avaliação tanto da fase oral como da fase faríngea da deglutição. Entretanto, imagens estáticas da faringe (por exemplo radiografias localizadas com duplo contraste da faringe em projeções frontal e lateral, utilizando bário com alta e baixa densidade) devem também ser obtidas para detectar anormalidades estruturais (por exemplo, tumores faríngeos, divertículo de Zenker). Devido à possibilidade de alguns pacientes com lesões no esôfago ou do cárdia gástrico apresentarem disfagia referida, o esôfago e o cárdia devem também ser cuidadosamente avaliados, como parte do estudo com bário, nesses pacientes (veja abaixo)(3). Em pacientes com disfagia faríngea não explicada, demonstrou-se que a combinação da videofluoroscopia com imagens estáticas da faringe e do esôfago tem um valor diagnóstico maior do que a videofluoroscopia ou as imagens estáticas isoladamente (5).

Disfagia Retroesternal em Pacientes Imunocompetentes

O esofagrama bifásico é uma técnica valiosa para avaliar a disfagia retroesternal em pacientes imunocompetentes (3). Esta técnica permite a detecção tanto das anomalias estruturais do esôfago como das funcionais. Talvez a lesão estrutural mais importante seja o carcinoma do esôfago ou da junção esofagogástrica. Em um estudo recente, descobriu-se que a esofagografia com duplo contraste tem sensibilidade de 96% no diagnóstico do câncer de esôfago ou da junção esofagogástrica (6), o que é comparável à sensibilidade relatada da endoscopia para diagnosticar essas lesões. Em duas outras grandes séries de pacientes, a endoscopia não identificou quaisquer casos de carcinoma que não tivessem sido encontrados nos estudos com bário (7,8). Os achados nessas séries sugerem que a endoscopia não pode garantir que vá identificar tumores que não foram encontrados em pacientes que têm achados normais nos exames radiológicos.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Enquanto as radiografias com duplo contraste são melhores para detectar lesões das mucosas (por exemplo, tumores, esofagites), radiografias com o paciente deitado com contraste simples, utilizando ingestão contínua de suspensão de bário com baixa densidade, são melhores para detectar anéis esofágicos inferiores ou estenoses. Mostrou-se que os anéis esofágicos inferiores tem duas ou três vezes mais probabilidade de serem diagnosticados em radiografia com contraste simples em decúbito do que em radiografias em posição ortostática com duplo contraste, devido à distensão inadequada do esôfago distal quando o paciente está ereto (9,10). Outro estudo diz que o esofagrama bifásico detectou cerca de 95% dos anéis esofágicos inferiores, enquanto a endoscopia detectou apenas 76% desses anéis (10). Em concordância, descobriu-se que os esofagramas bifásicos têm uma sensibilidade de cerca de 95% na detecção de estenoses pépticas, algumas vezes revelando estenoses que não são encontradas com a endoscopia (11,12).

Alternativamente, a endoscopia pode ser realizada para avaliar o esôfago quanto às anormalidades estruturais em pacientes com disfagia. É um exame altamente preciso para câncer esofágico quando se obtêm múltiplos fragmentos através da biópsia endoscópica e esfregaços. Também é mais sensível do que a esofagografia com duplo contraste para diagnosticar esofagite de refluxo moderada ou outras formas leves de esofagite. Entretanto, a endoscopia é um exame mais caro e invasivo do que o estudo com bário. É, também, menos sensível que o estudo de bário para detectar anéis esofágicos inferiores ou estenoses (veja acima (9-12)) e não permite a avaliação de distúrbios da motilidade esofágica. Por estas razões, o estudo com bário é recomendado freqüentemente, mesmo pelos gastroenterologistas, como o exame diagnóstico inicial para pacientes com disfagia (3,13-16).

O esofagrama bifásico é também um exame útil em pacientes com distúrbios de motilidade esofágica que causam disfagia. A videofluoroscopia de ingestões fracionadas de suspensão de bário com baixa densidade na posição prona oblíqua anterior direita permite a avaliação detalhada da motilidade esofágica. Vários estudos atribuem à videofluoroscopia uma sensibilidade geral de 80% a 89% e especificidade de 79% a 91% para diagnóstico de distúrbios de motilidade esofágica (por exemplo, acalasia, espasmo esofágico difuso) em comparação à manometria esofágica (17,18). Quando um distúrbio de motilidade esofágica importante é detectado em um estudo com bário, a manometria pode ser realizada para esclarecer a natureza deste distúrbio de motilidade. Como alternativa, a avaliação cintilográfica do trânsito esofágico com radioisótopos é um exame simples, não invasivo e quantitativo da motilidade e do esvaziamento do esôfago (19,20).

Disfagia Retroesternal em Pacientes Imunocomprometidos

Em pacientes imunocomprometidos com disfagia ou odinofagia (deglutição dolorosa) a causa mais provável é a esofagite infecciosa, comumente devido à *Cândida albicans* ou vírus de herpes simplex. Em pacientes HIV-positivos, a *Cândida* é a causa de sintomas esofágicos na maioria dos pacientes; o citomegalovírus (CMV), o herpes simples e úlceras idiopáticas (também conhecidas como úlceras do HIV) são as outras etiologias mais comuns (21-24). Pacientes HIV-positivos com sintomas esofágicos são, geralmente, tratados empiricamente com terapia antifúngica sem serem submetidos a um exame diagnóstico. A maioria dos gastroenterologistas prefere que os pacientes com sintomas persistentes (ou sintomas graves quando vem à consulta) sejam avaliados por endoscopia (25,26). A endoscopia é preferida devido à capacidade de obter espécimes (por exemplo, histologia, citologia, imunohistoquímica, cultura, etc). A aparência endoscópica ou radiográfica isolada não prediz com precisão a causa de doenças que não a *Cândida*; o diagnóstico exige a obtenção de espécimes para testes de laboratório (23,24). A esofagografia com bário é preferida em alguns centros e pode ser útil para orientar o controle. A esofagografia com duplo contraste é mais precisa do que a esofagografia com contraste simples para detectar úlceras ou placas associadas à esofagite infecciosa (27-32). Entretanto, esofagramas com contraste simples podem ser realizados se o paciente estiver muito doente ou debilitado para tolerar um exame com duplo contraste. Pacientes com esofagite por *Cândida* ou herpes radiograficamente diagnosticada podem ser tratados com agentes antifúngicos e antivirais sem avaliação endoscópica; mas a endoscopia é justificada para pacientes com úlceras esofágicas gigantes a fim de diferenciar CMV e HIV, de forma que se possa iniciar o tratamento adequado (32).

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Exceções Previstas

Nenhuma.

Informação de Revisão

Esta diretriz foi originalmente desenvolvida em 1998. Uma análise e uma revisão completas foram aprovadas em 2001. Todos os tópicos dos Critérios de Adequação são revistos anualmente e, sendo necessário, são atualizados.

Condição Clínica: Disfagia

Variante 1: Disfagia orofaríngea com uma causa provável.

<i>Exame radiológico</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
Exame modificado da deglutição, com bário	8	
Faringografia dinâmica e estática	6	
Esofagograma bifásico (duplo contraste e convencional)	4	
Esofagograma contrastado convencional	4	
Endoscopia	4	
Manometria esofágica	4	
Trânsito esofágico com radioisótopos	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Variante 2: Disfagia orofaríngea sem uma causa provável.

<i>Exame radiológico</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
Faringografia dinâmica e estática	8	
Esofagograma bifásico (duplo contraste e convencional)	8	
Exame modificado da deglutição, com bário	6	
Esofagograma contrastado convencional	6	
Endoscopia	4	
Manometria esofágica	4	
Trânsito esofágico com radioisótopos	4	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Disfagia

Variante 3: Disfagia Retroesternal em Pacientes Imunocompetentes.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Endoscopia	8	
Esofagograma bifásico (duplo contraste e convencional)	8	
Esofagograma contrastado convencional	6	Indicado se for o único exame que o paciente suportar realizar.
Exame modificado da deglutição, com bário	4	
Faringografia dinâmica e estática	4	
Manometria esofágica	6	
Trânsito esofágico com radioisótopos	4	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Variante 4: Disfagia retroesternal em pacientes imunodeprimidos.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Endoscopia	8	
Esofagograma bifásico (duplo contraste e convencional)	8	
Esofagograma contrastado convencional	5	
Exame modificado da deglutição, com bário	4	
Faringografia dinâmica e estática	3	
Manometria esofágica	2	
Trânsito esofágico com radioisótopos	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Referências

1. Wilcox CM, Alexander LN, Clark WS. Localization of na obstructing esophageal lesion. Is the patient accurate? *Dig Dis Sci* 1995; 40(10):2192-2196.
2. Logemann JA. Role of the modified barium swallow in management of patients with dysphagia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116(3):335-338.
3. Levine MS, Rubesin SE. Radiologic investigation of dysphagia. *AJR* 1990; 154(6):1157-1163.
4. Rubesin SE. Oral and pharyngeal dysphagia. *Gastroenterol Clin North Am* 1995; 24(2):331-352.
5. Schima W, Pokieser P, Schober E, et al. Globus sensation: value of static radiography combined with videofluoroscopy of the pharynx and oesophagus. *Clin Radiol* 1996; 51(3):177-185.
6. Levine MS, Chu P, Furth EE, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Carcinoma of the esophagus and esophagogastric junction: sensitivity of radiographic diagnosis. *AJR* 1997; 168(6): 1423-1426.
7. DiPalma JA, Prechter GC, Brady CE III. X-ray-negative dysphagia: is endoscopy necessary? *J Clin Gastroenterol* 1984; 6(5):409-411.
8. Halpert RD, Feczko PJ, Spickler EM, Ackerman LV. Radiological assessment of dysphagia with endoscopic correlation. *Radiology* 1985; 157(3):599-602.
9. Chen YM, Ott DJ, Gelfand DW, Munitz HA. Multiphasic examination of the esophagogastric region for strictures, rings, and hiatal hernia: evaluation of the individual techniques. *Gastrointest Radiol* 1985; 10(4):311-316.
10. Ott DJ, Chen YM, Wu WC, Gelfand DW, Munitz HA. Radiographic and endoscopic sensitivity in detecting lower esophageal mucosal ring. *AJR* 1986; 147(2):261-265.
11. Ott DJ, Gelfand DW, Lane TG, Wu WC. Radiologic detection and spectrum of appearances of peptic esophageal strictures. *J Clin Gastroenterol* 1982; 4(1):11-15.
12. Ott DJ, Chen YM, Wu WC, Gelfand DW. Endoscopic sensitivity in the detection of esophageal strictures. *J Clin Gastroenterol* 1985; 7(2):121-125.
13. Kahrilas PJ. Clinical approach to dysphagia. In: Gore RM, Levine MS, Laufer I, eds. *Textbook of gastrointestinal radiology*. Philadelphia, Pa: Saunders; 1992:2464-2473.
14. Phillips AJ, Nolan DJ. Radiology of esophageal dysphagia. *Br J Hosp Med* 1995; 53(9):458-466.
15. Barloon TJ, Bergus GR, Lu CC. Diagnostic imaging in the evaluation of dysphagia. *Am Fam Physician* 1996; 53(2):535-546.
16. Richter JE. Approach to the patient with dysphagia. In: Kelley WN, ed. *Textbook of Internal Medicine*, 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven; 1997:590-593.
17. Ott DJ, Richter JE, Chen YM, Wu WC, Gelfand DW, Castell DO. Esophageal radiography and manometry: correlation in 172 patients with dysphagia. *AJR* 1987; 149(2):307-311.
18. Schima W, Stacher G, Pokieser P, et al. Esophageal motor disorders: videofluoroscopic and manometric evaluation—prospective study in 88 symptomatic patients. *Radiology* 1992; 185:(2)487-491.
19. Maurer AH. Scintigraphic evaluation of the upper gastrointestinal tract. In: Gore RM, Levine MS, Laufer I, eds. *Textbook of gastrointestinal radiology*. Philadelphia, Pa: Saunders; 1992: 316-332.
20. Paramsothy M, Goh KL, Kannan P. Oesophageal motility disorders: rapid functional diagnosis using computerized radionuclide oesophageal transit study. *Singapore Med J* 1995; 36(3):309-313.
21. Connolly GM, Hawkins D, Harcourt-Webster JN, Parsons PA, Husain OA, Gazzard BG.. Oesophageal symptoms, their causes, treatment, and prognosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Gut* 1989; 30(8):1033-1039.
22. Bonacini M, Young T, Laine L. The causes of esophageal symptoms in human immunodeficiency virus infection: a prospective study of 110 patients. *Arch Intern Med* 1991; 151(8):1567-1572.
23. Smith PD, Eisner MS, Manischewitz JF, Gill VJ, Masur H, Fox CF. Esophageal disease in AIDS is associated with pathologic processes rather than mucosal human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 1993; 167(3):547-552.
24. Wilcox CM, Schwartz DA, Clark WS. Esophageal ulceration in human immunodeficiency virus infection. Causes, response to therapy, and long-term outcome. *Ann Intern Med* 1995; 123(2):143-149.
25. Rabeneck L, Laine L. Esophageal candidiasis in patients infected with the human immunodeficiency virus. A decision analysis to assess cost effectiveness of alternative management strategies. *Arch Intern Med* 1994; 154(23):2705-2710.
26. Wilcox CM, Alexander LN, Clark WS, Thompson SE 3rd. Fluconazole compared with endoscopy for human immunodeficiency virus-infected patients with esophageal symptoms. *Gastroenterology* 1996; 110(6):1803-1809.
27. Levine MS, Macones AJ, Laufer I. Cândida esophagitis: accuracy of radiographic diagnosis. *Radiology* 1985; 154(3):581-587.
28. Vahey TN, Maglinte DD, Chernish SM. State-of-the-art barium examination in opportunistic esophagitis. *Dig Dis Sci* 1986; 31(11):1192-1195.
29. Levine MS, Woldenberg R, Herlinger H, Laufer I. Opportunistic esophagitis in AIDS: radiographic diagnosis. *Radiology* 1987; 165(3):815-820.
30. Levine MS, Loevner LA, Saul SH, Rubesin SE, Herlinger H, Laufer I. Herpes esophagitis: sensitivity of double-contrast esophagography. *AJR* 1988; 151(1):57-62.
31. Balthazar EJ, Megibow AJ, Hulnick D, Cho KC, Beranbaum E. Cytomegalovirus esophagitis in AIDS: radiographic features in 16 patients. *AJR* 1987; 149(5):919-923.
32. Sor S, Levine MS, Kowalski TE, Laufer I, Rubesin SE, Herlinger H. Giant ulcers of the esophagus in patients with human immunodeficiency virus: clinical, radiographic, and pathologic findings. *Radiology* 1995; 194(2):447-451.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.