Primária:
- Acalasia idiopática

Secundária:
- Acalasia Chagásica
- Pseudocalasia (Doenças infiltrativas como Amiloidose e Sarcoidose)

Etiopatogenia

Fisiopatologia: perda de células ganglionares do plexo de Auerbach com consequente falha ou ausência de relaxamento da musculatura lisa da parede do esôfago, levando a dismotilidade

- disfagia de instalação insidiosa
- alimentação vagarosa com grandes quantidades de água para empurrar alimento
- perda de peso crônica
- regurgitação
- halitose

Exames complementares diagnósticos:
1) Rx toracoabdominal: ausência de câmara de ar gástrica e nível hidroaéreo na posição ereta
2) Esofagograma: dilatação, retenção de contraste, ondas de peristalse fracas
3) Esofagomanometria: déficit de relaxamento do EEI, hipertonia de EEI e aumento da pressão intraluminal

Exames complementares etiológicos:
- Para Doença de Chagas: Sorologia
- Para neoplasia infiltrante: EDA

Diagnóstico: Acalasia

Classificação: Pinotti, Mascarenhas e Rezende
- incipiente: esôfago sem dilatação, com aperistalse e ondas de deglutição de boa amplitude
- não avançado: esôfago com dilatação de até 7cm, com aperistalse e ondas de deglutição de baixa amplitude
- avançado: esôfago com dilatação acima de 7cm e atônico

Tratamento

Estágios iniciais, com quadro leve a moderado: até 4cm de dilatação

Tratamento farmacológico: Nitratos, BCC e Toxina botulínica
- eficácia: ineficaz (empregados de forma temporária)

Estágios avançados com sintomatologia proeminente ou falha terapêutica farmacológica: de 4 a 7cm de dilatação

Dilatação endoscópica:
- descrição: dilatação pneumática com balão
- eficácia: recidiva dos sintomas em 50% dos casos

Casos refratários ou recidivantes : de 7 a 10cm de dilatação

Esofagocardiomiotomia (Miotomia de Heller)
- descrição:
- eficácia: 70-90% dos casos

Se não houver melhora significativa: Esofagectomia trans-hiatal

Mais de 10cm de dilatação

Esofagectomia