



Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

Tratamiento endoscópico en el esófago de Barrett

Dr. Rudolf Baron Buxhoeveden

¿Qué es el Esófago de Barrett?

Es una condición definida por la presencia de epitelio columnar metaplásico que sustituye al epitelio escamoso normal en el esófago. Este cambio histológico es consecuencia de la presencia crónica de reflujo gastroesofágico (RGE). El Esófago de Barrett (EB) predispone a un riesgo aumentado de desarrollar adenocarcinoma esofágico. Se estima que la incidencia anual de adenocarcinoma en la población con Esófago de Barrett es del 0,1 al 2%, 30 veces mayor que en la población general. El Esófago de Barrett es particularmente frecuente en hombres de raza blanca, obesos y con historia de reflujo gastroesofágico de larga data. El diagnóstico del Esófago de Barrett es importante para poder realizar un adecuado seguimiento a largo plazo y detectar precozmente formas iniciales de displasia/adenocarcinoma con una endoscopia digestiva.

Diagnóstico: En el diagnóstico de EB la endoscopia digestiva es fundamental ya que permite realizar biopsias de la mucosa y realizar la confirmación histológica de la metaplasia intestinal. El EB se manifiesta por un epitelio de color rosa "salmón" proximal a la unión esófago-gástrica (UEG). La descripción endoscópica se debe realizar según la clasificación de Praga. En ella se toma como punto cero la UEG, de allí se miden los centímetros hasta el borde proximal del segmento de EB circunferencial (C), y luego se continúan midiendo los centímetros hasta el borde proximal de la lengüeta más larga sin incluir los islotes aislados (M). Por ejemplo, un EB C3M5 tiene una extensión circunferencial de 3 cm y una longitud total de 5 cm.

Otra clasificación más sencilla divide al EB en corto (<3cm) y largo cuando la extensión es mayor a 3 cm. Para las biopsias se debe seguir el protocolo de Seattle tomando las mismas en cuatro cuadrantes y cada 2 cm. Si existe esofagitis erosiva, se recomienda diferir las biopsias una vez tratada esta condición, ya que la inflamación puede llevar a un diagnóstico erróneo de displasia.

La cromoendoscopia es una técnica que utiliza tinciones con el objetivo de mejorar el rédito diagnóstico al realizar biopsias dirigidas hacia áreas sospechosas de displasia. En la actualidad existen endoscopios que permiten también realizar "tinciones" electrónicas o

virtuales. Entre las primeras se encuentran el azul de metileno, el lugol, el índigo carmín y el ácido acético. Las técnicas electrónicas son el narrow band imaging (NBI), Fuji Intelligent Chromo Endoscopy (FICE) y el I-scan en equipos de endoscopia de alta definición.

Seguimiento endoscópico del EB (según Colegio Americano de Gastroenterología):

EB sin displasia: Dos endoscopias con biopsia en un año y seguimiento con endoscopia cada 3 años.

EB con displasia de bajo grado (DBG): Dos endoscopias con biopsia en 6 meses. Seguimiento endoscópico cada año hasta que la displasia esté ausente en dos estudios consecutivos.

EB con displasia de alto grado (DAG): Repetir la endoscopia en 3 meses. Si se confirma el diagnóstico realizar tratamiento endoscópico. Luego seguimiento cada tres meses o intervención terapéutica como esofagectomía o nuevo tratamiento endoscópico (mucosectomía o ablación endoscópica si la lesión es plana).

Tratamiento:

Los objetivos del tratamiento del RGE son el alivio de los síntomas, la curación de las lesiones pépticas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Todos los pacientes portadores de EB deben estar bajo tratamiento efectivo para disminuir el impacto de la secreción ácida sobre el epitelio. La elección entre tratamiento médico o quirúrgico dependerá de las características del paciente y de la experiencia del equipo quirúrgico ya que los resultados de ambas estrategias son comparables.

Existen técnicas de tratamiento endoscópico cuando el EB presenta displasia, que permiten una curación total de la enfermedad y la reducción en el riesgo posterior de desarrollar nuevas neoplasias.

Terapia endoscópica:

Las forma de presentación de la DAG puede ser focal asociada a un nódulo o una depresión fácilmente visible por vía endoscópica o difusa en la cual no se reconocen alteraciones endoscópicas. La esofagectomía ha sido el tratamiento gold standard para el EB con displasia de alto grado, debido a la presencia de carcinoma oculto, el cual prevalece hasta en un 40 % de los casos. Debido a la alta tasa de morbimortalidad de la cirugía se han desarrollado técnicas endoscópicas para erradicar el EB

y el carcinoma intramucoso, con excelentes resultados a largo plazo. Existen técnicas que resecan la mucosa como la mucosectomía (EMR: del inglés Endoscopic mucosal resection) y técnicas ablativas como la radiofrecuencia con el sistema HALO, la coagulación multipolar o con Argón plasma como las más utilizadas.

Mucosectomía (EMR):

Se indica principalmente en lesiones elevadas y focales con la ventaja de obtener una muestra de tejido para su estudio anatomopatológico.

Existen diversas técnicas de mucosectomía:

1) Con ansa, sin elevar la mucosa con inyecciones submucosas previas. 2) Con inyección submucosa de solución fisiológica, adrenalina y colorante vital que permite elevar la mucosa separándola de la submucosa, facilitando la resección con un ansa y disminuyendo el riesgo de perforación esofágica. 3) Con capuchón (cap) e inyección submucosa en la base de la lesión se aspira dentro del cap y luego se reseca con un ansa diseñada para ubicarse dentro del cap. 4) Con bandas elásticas con o sin inyección submucosa en la base de la lesión. En esta técnica se aspira la lesión dentro del capuchón y se liga en su base con una banda elástica, creando un "pseudopólipo" que es resecado con un ansa.

Cuando existen lesiones amplias que abarcan toda la circunferencia de la luz esofágica, deben combinarse varios métodos de ablación endoscópica para evitar la estenosis cicatrizal.

Ablación por Radiofrecuencia (ARF)

Es la destrucción del epitelio displásico por la liberación de energía de corta duración.

Utiliza energía bipolar (HALO, BARRX Medical) que logra ablacinar la mucosa en una profundidad uniforme entre 500 y 1.000 μm logrando de esta forma eliminar uniformemente el epitelio metaplásico, reduciendo la posibilidad de glándulas enterradas, y de estenosis esofágica post-procedimiento.

De acuerdo a las características del epitelio de Barrett la ablación puede ser realizada en forma circunferencial o focal a través de dispositivos de liberación de energía circunferencial 360 grados o focal 90 o 60 grados lo que permite acceder a áreas de difícil acceso dentro del segmento de Barrett. Con esta técnica de ablación se observa la erradicación completa de la displasia en un 95% de los casos y de erradicación de la metaplasia intestinal en un 93-98%. Luego de 2 años estos porcentajes se mantienen. Las complicaciones de la RFA son la estenosis esofágica (0.17%), la perforación (0.01 %) y dolor post-procedimiento (0.2%).

Resumiendo:

1. El esófago de Barrett requiere tratamiento en todas sus formas (tratamiento médico o quirúrgico del RGE)
2. El tratamiento endoscópico se reserva para casos que presentan displasia.
3. La mucosectomía es la mejor opción en los pacientes

con lesiones endoscópicamente visibles.

4. La ablación con radiofrecuencia es la mejor opción para el tratamiento de la displasia difusa.

5. La combinación de ambos métodos permite una reducción significativa de la progresión a cáncer.