

# Esófago de Barrett

## ¿Qué es el esófago de Barrett?

El Esófago de Barrett (EB) es una complicación de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), en la cual, el esófago en su intento de adaptarse al reflujo crónico de ácido y bilis, experimenta un cambio en su revestimiento distal que se denomina *metaplasia*. La importancia del diagnóstico y vigilancia del esófago de Barrett radica en su potencial evolución al cáncer de esófago, que puede presentarse en un bajo porcentaje de pacientes.

## ¿Por qué se produce?

El esófago de Barrett es la consecuencia de un proceso que ocurre durante años como respuesta del esófago a la agresión que le representa el reflujo crónico de ácido y de la bilis.

El esófago es un órgano de tránsito que permite el paso del alimento al estómago, y su revestimiento no está preparado para estar en contacto con las secreciones gástricas.

En la unión esófago-gástrica existe un esfínter (músculo en forma de anillo) que regula el paso de los alimentos hacia el estómago e impide el reflujo hacia el esófago; cuando falla ese mecanismo, se produce el paso del contenido gástrico dañando el revestimiento del esófago.

Si este desorden se produce durante un tiempo prolongado, el revestimiento esofágico intenta adaptarse mediante cambios en sus células. Esta patología debe su nombre al científico que la describió por primera vez, Norman Barrett.

## ¿Quiénes pueden desarrollar la enfermedad?

El EB es frecuentemente diagnosticado en personas con larga historia de ERGE, pero solo un bajo porcentaje de ellos desarrollarán esta complicación.

Es más frecuente en varones de edad avanzada, en la raza blanca, en hispanos, en fumadores y en obesos.

## ¿Cuáles son los síntomas del esófago de Barrett?

Generalmente los pacientes con esófago de Barrett tienen una historia clínica de reflujo gastroesofágico crónico, por lo que los síntomas son los de esta última condición, a saber:

- Ardor detrás de esternón (pirosis)
- Regreso del contenido del estómago a la boca (regurgitación).
- Acidez
- Dolor debajo del esternón (en la boca del estómago) o epigastralgia.

Es importante mencionar que muchos pacientes con EB carecen de síntomas; esta situación podría deberse a la menor sensibilidad del esófago a la exposición del contenido gástrico refluído.

Se sugiere consultar a su Médico de cabecera o Gastroenterólogo ante los síntomas persistentes de acidez (epigastralgia), dificultad al tragar y/o en la progresión de los alimentos al estomago (disfagia), regurgitación y /o vómitos sanguinolentos (hematemesis), y dolor retroesternal entre otros.

## ¿Cómo se diagnostica?

Para el diagnóstico de esófago de Barrett se necesita realizar una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias.

La endoscopia muestra los cambios en el revestimiento esofágico que hacen sospechar la presencia de Barrett, y las biopsias muestran los cambios en las células del esófago, expuesto al reflujo ácido y bilis, que se denomina *metaplasia gástrica o intestinal*.

Las biopsias que se realizan para el diagnóstico de esófago de Barrett, también permiten observar la presencia o ausencia de anomalías en las células de este tejido metaplásico; estas anomalías se denominan *Displasia*, y determinan la posibilidad de desarrollar cáncer (en este caso llamado adenocarcinoma) en el futuro y el tratamiento más adecuado en cada caso.

De acuerdo a la severidad de los cambios, la displasia se puede clasificar en:

- Displasia de Bajo Grado (DBG): es aquella en la que los cambios son mínimos.
- Displasia de Alto Grado (DAG): es aquella en la que los cambios son de mayor magnitud.

Asimismo, la endoscopia asociada a la biopsia son métodos utilizados como prevención, para la detección precoz de la displasia. Estos controles periódicos se denominan 'vigilancia'.

Considerando que la displasia no puede detectarse con la imagen obtenida con endoscopia convencional, han surgido nuevas técnicas ópticas con el objetivo de detectar y resaltar las áreas 'anormales', con probabilidad de alojar displasias, y así, dirigir la toma de las biopsias.

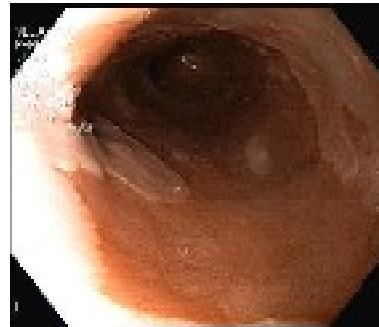
Una de ellas, es la Cromo endoscopia, que consiste en la aplicación de tinciones/colorantes durante el procedimiento que resaltan detalles mucosos.

Otro método diagnóstico utilizado es el sistema Narrow Band Image (NBI) que utiliza filtros ópticos para aislar dos grupos específicos de luz; así, teniendo en su cuenta las diferentes longitudes de onda de los haces de luz y propiedades de absorción y reflexión de la superficie de la mucosa y vasos sanguíneos, se obtienen imágenes que permite resaltar detalles mucosos.

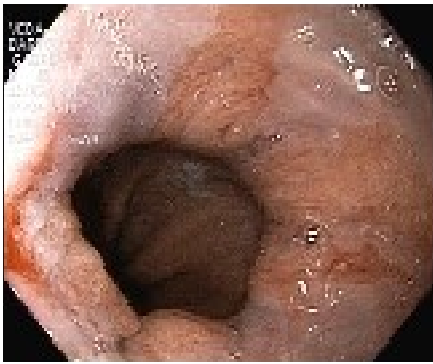
## Imágenes



Imagen endoscópica de EB



EB largo



Esófago de Barrett



Esófago de Barrett con NBI

## ¿Cuál es tratamiento del esófago de Barrett?

Los objetivos del tratamiento del esófago de Barrett son los siguientes:

1. Controlar los síntomas provocados por el reflujo:
  - a) Medidas Higiénico dietéticas:
    - Mantener el peso corporal adecuado.
    - Ingerir alimentos en pequeñas porciones y en forma frecuente.
    - Evitar el uso de ropa ajustada en la cintura.
    - Evitar la ingesta de desencadenantes de los síntomas: menta, café, chocolate, condimentos, ajo, cebollas, cafeína, nicotina, cítricos, entre otros.

- Evitar agacharse o acostarse luego de las ingestas; es conveniente esperar dos a tres horas luego de las ingestas para irse a dormir
- Elevar la cabecera de la cama: se sugiere el uso de bloques de madera, en lugar de almohadas con el objetivo de elevar la cabecera 15 cm.
- Evitar el consumo de tabaco.

b) Tratamiento farmacológico:

- Inhibidores de la Bomba de Protones como pantoprazol, esomeprazol, lanzoprazol, etc.
2. Promover la regresión del EB.
  3. Detener la progresión a displasia y cáncer.

Existen múltiples tratamientos destinados a tratar el EB que dependen de los hallazgos al momento del diagnóstico.

Las recomendaciones actuales para el EB se sintetizan de la siguiente manera:

- Esófago de Barrett sin displasia o con displasia de bajo grado:
  - Se recomienda tratamiento medicamentoso con Inhibidores de Bomba de Protones (disminuyen la producción del ácido del estómago, y de esta manera el contenido que refluye al esófago).
  - Vigilancia endoscópica:
    - Cuando no hay displasia: cada tres años.
    - Cuando hay displasia de bajo grado: cada año.

Trabajos actuales incluyen terapia de ablación con radiofrecuencia HALO.

- Esófago de Barrett con displasia alto grado y/o Adenocarcinoma temprano ( limitado a la mucosa o carcinoma in situ):
  - Se recomienda mucosectomía endoscópica (resección mucosa) o eliminación del tejido (ablación) con radiofrecuencia. Este último tratamiento consiste en remover el revestimiento del esófago (Barrett) por vía endoscópica, mediante la aplicación de radiofrecuencia local a través de un sistema denominado HALO. Técnica que consiste en la aplicación constante y uniforme de energía bipolar sobre la mucosa que contacta, generando una destrucción del epitelio sin afectación de la submucosa (capas más profundas).
  - Vigilancia endoscópica cada tres meses.

Los esquemas terapéuticos actuales están dirigidos a prevenir la evolución al adenocarcinoma de esófago; por lo cual están en desarrollo tratamiento endoscópicos orientados a la ablación (erradicación) de la mucosa metaplásica y provocar de esta manera su regeneración sin displasia. De las distintas terapias de ablación endoscópica de la mucosa de Barrett, el tratamiento con

radiofrecuencia mostró ser mas efectivo con una tasa de erradicación del 82% para el Barrett y 94% para las displasias.

- Esófago de Barrett con adenocarcinoma invasor:  
La terapéutica indicada es la cirugía (esofagectomía).

Para la mayoría de los pacientes con esófago de Barrett se recomienda la vigilancia endoscópica con toma de biopsias, y en la toma de decisión del tratamiento adecuado se debe tener en cuenta la edad del paciente, enfermedades concomitantes, entre otras.

#### Bibliografía sugerida

1. Esófago de Barrett. Actualización del tratamiento endoscópico. Actas Gastroenterol Latinoam 2007. Dec; 37(4):250-8
2. Ablación endoscópica endoluminal por radiofrecuencia del esófago de Barrett. Surg Endosc 2009.
2. Radiofrequency Ablation in Barrett's Esophagus with Dysplasia. N Engl Med 2009; 360:2277\_2288 / May 28, 2009.
2. Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento del esófago de Barrett. Rev Gastroenterol Mexico. Vol 75, 2010, Rev 1.
2. Esófago de Barrett. IntraMed 2010.

Dr. David Díaz