

Terapia endoscópica para el esófago de Barrett... No es una decisión fácil

Endoscopic treatment for Barret's esophagus... it is not an easy choice

Raúl Monserat, MD,¹ Yolette Martínez, MD.²

¹ Unidad de Endoscopia, Centro Médico de Caracas.

² Policlínica Santiago de León y Hospital Domingo Luciani del Seguro Social de Venezuela

Fecha recibido: 10-02-11

Fecha aceptado: 22-02-11

El esófago de Barrett (EB) es una complicación del reflujo crónico gastroesofágico y es considerado el principal factor de riesgo para el desarrollo de displasia y adenocarcinoma (1-3). Es por ello que, en los últimos años, se ha desarrollado especial interés sobre el papel de la endoscopia en el tratamiento de la displasia de alto grado y el cáncer asociado a EB (4-7).

Sin embargo, el tomar la decisión de realizar terapéutica endoscópica, comienza por tener un diagnóstico adecuado, y en este punto desafortunadamente existen fallas y contradicciones que van desde el diagnóstico mismo de EB, ya que la apariencia endoscópica no es suficiente, adicional al hecho que el endoscopista debe identificar adecuadamente la unión esofagogástrica, la unión escamocolumnar y obtener biopsias adecuadas. Así mismo, se necesita la confirmación histológica de la presencia de metaplasia intestinal especializada en el esófago distal (8, 9). El diagnóstico histológico también confronta problemas ya que lamentablemente aún existen discrepancias entre patólogos expertos gastrointestinales, en la identificación de displasia de alto grado (10).

Trataremos ahora las dificultades diagnósticas desde el punto de vista endoscópico y las herramientas con las que contamos los endoscopistas para identificar EB. Con el advenimiento de los videoendoscopios de alta resolución (> 800.000 píxeles) es posible detectar con certeza al menos 80% de las lesiones displásicas o neoplásicas en EB (11). Sin embargo, para lograr esto, es necesario la observación meticulosa de anomalías sutiles y utilizar la Clasificación de Praga (12), para referirse a la extensión del tejido metaplásico. Si se identifica una lesión se debe catalogar según el Consenso de París (9).

Para mejorar la visualización de las lesiones puede utilizarse irrigación con agua o ácido acético como fue descrito por el Dr. Guelrud (13). El uso de colorantes como el azul de metileno o índigo carmín no ha incrementado la detección de displasia de alto grado o cáncer, pero sí permite una mejor demarcación de estas lesiones. Los equipos de alta resolución actualmente en uso, disponen de modos adicionales para mejorar la imagen tales como NBI (Narrow Band Imaging), FICE (Fuji Intelligent Color Enhancement), i-Scan (imagen Enhancement), los cuales, si bien no mejoran la detección de lesiones neoplásicas, sí admiten una mejor visualización y caracterización de las mismas, lo cual es muy importante para la realización de terapéutica endoscópica.

Recientemente, se ha despertado gran interés en el tratamiento endoscópico de la displasia de alto grado y el cáncer superficial asociado a EB. Las técnicas actualmente en uso, que muestran resultados prometedores son la mucosectomía y la ablación con radiofrecuencia.

En cuanto al tipo de mucosectomía con capuchón o ligadura con bandas, los resultados son similares. Estas técnicas, a pesar de ser bastante seguras, no están exentas de riesgos y deben ser realizadas por endoscopistas expertos. Aun cuando los resultados con estas técnicas son buenos, es necesario recalcar que se debe hacer una buena selección de los casos, en especial considerar el tamaño, ya que lesiones mayores a 1,5 cm pueden no ser extraídas en una sola pieza y es necesario recurrir a la resección parcial, lo cual se asocia a mayor índice de recidivas locales. Así mismo, el uso de las resecciones circulares tendrá una mayor incidencia de estenosis (14-16).

Las complicaciones asociadas a la mucosectomía son: sangrado, perforación y estenosis.

El sangrado posresección puede darse entre 5 a 18%, dependiendo de la serie. Sin embargo, el sangrado arterial es inusual (17, 18). La hemostasia en estos casos, con soluciones esclerosantes y adrenalina, generalmente son efectivas. La perforación se ha observado en 0 a 2,5% de los casos y puede ser manejada endoscópicamente si se identifica precozmente (18, 19). Por otra parte, el uso de radiofrecuencia ha demostrado su utilidad para erradicar el EB. Esta técnica tiene varios inconvenientes que van desde su elevado costo e imposibilidad de obtener material para estudio histológico hasta la asociación con complicaciones como estenosis, Barrett subepitelial y perforación (20, 21).

En conclusión, el diagnóstico de esófago de Barrett no es fácil, se necesita un examen cuidadoso, utilizar equipos de alta resolución y medios que realcen la visión endoscópica, para detectar adecuadamente las lesiones y en estrecho contacto con el patólogo, con la finalidad de llegar a un diagnóstico preciso y decidir terapéutica endoscópica, la cual debe ser realizada por endoscopistas expertos y estar siempre atentos al diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones.

REFERENCIAS

- Haggitt RC, et al. Barrett's esophagus. Correlation between mucin histochemistry, flow cytometry, and histologic diagnosis for predicting increased cancer risk. *Hum Pathol* 1994; 25: 982.
- Spechler SJ. The columnar-lined esophagus, intestinal metaplasia, and Norman Barrett. *Gastroenterology* 1996; 110: 614-21.
- Hamilton SR, et al. The relationship between columnar epithelial dysplasia and invasive adenocarcinoma arising in Barrett's esophagus. *Am J Clin Pathol* 1987; 87: 301-12.
- Ronald W Yeh, George Triadafilopoulos. Endoscopy Therapy for Barrett's Esophagus. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am* 2005; 15: 377-397.
- Vieth M, Schubert B, et al. Frequency of Barrett neoplasia after initial negative endoscopy with biopsy: a long-term histopathological follow-up study. *Endoscopy* 2006; 38: 1201-1207.
- Wang KK, Sampliner RE, Practice Parameters Committee ACG: Update guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 788-797.
- EII C, May A, Gossner L, et al. Endoscopic mucosal resection of early cancer and high grade dysplasia in Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 2000; 115: 670-677.
- Montgomery EA. Biopsy interpretation of the Gastrointestinal Tract Mucosa. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- The Paris Endoscopic Classification of superficial neoplastic lesions: Esophagus, Stomach and Colon: November 30 and December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: S3- S43.
- Reid, et al. Observer variations in the diagnosis of Displasia in Barrett's esophagus. *Human Pathology* 1998; 19: 166-78.
- Montgomery EA. Reproducibility of the diagnosis of Displasia in Barrett's esophagus. A reaffirmation. *Human Pathology* 2001; 32: 368-78.
- Sharma P, Dent J, Armstrong D, et al. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's Esophagus: The Prague C and M criteria. *Gastroenterology* 2006; 131: 1392-1399.
- Guelrud M, Herrera I. Acetic acid improves identification of remnant islands of Barrett's epithelium after endoscopic therapy. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 512-5.
- Sharma VK, Wang KK, Overholt BF, et al. Balloon-based: Circumferential, endoscopic radiofrequency ablation of Barrett's esophagus: 1-year follow-up of 100 patients. *Gastrointest Endoscopy* 2007; 65: 185-195.
- Lopes CV, Hela M, Pesenti C, et al. Circumferential endoscopic resection of Barrett's esophagus with high grade dysplasia or early adenocarcinoma. *Surg Endosc* 2007; 21: 820-824.
- Chennat J, Konda VJ, Ross AS, et al. Complete Barrett's eradication endoscopic mucosal resection: An effective treatment modality for high-grade dysplasia and intramucosal carcinoma – An American single-center experience. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2684-2692.
- Peters FP, Kara Ma, Curvers WL. Multiband mucosectomy for endoscopic resection of Barrett's esophagus. Feasibility study with matched historical controls. *Eur Journal Gastroenterol Hepatology* 2007; 19: 311-315.
- Prasad SA, Wu TT, May A, et al. Endoscopic and surgical treatment of mucosal (T1a) esophageal carcinoma in Barrett's esophagus. *Gastroenterology* 2009; 13: 815-823.
- Pech O, Behrens A, May A, et al. Long-term results and risk factor analysis for recurrence after curative endoscopic therapy in 349 patients with high-grade intraepithelial neoplasia and mucosal adenocarcinoma in Barrett's esophagus. *Gut* 2008; 57: 1200-1206.
- Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. 213 A randomized, multicenter, sham-controlled trial of radiofrequency ablation (RFA) for subject's with Barrett's esophagus (Be) containing dysplasia: Interim results of the Aim Dysplasia Trial. *Gastroenterology* 2008; 134:A-37A37.
- Fleischer DE, Overholt BF, Sharma VK, et al. Endoscopic ablation of Barrett's esophagus: A multicenter study with 2,5 year follow-up. *Gastrointest Endosc* 2008; 68: 867-876.