



ESÓFAGO DE BARRETT EN EL SIGLO XXI

P. Olivencia-Palomar

Unidad de Endoscopia Digestiva. Sección de Aparato Digestivo.
Hospital General Universitario de Ciudad Real. España.

Estudios poblacionales recientes sugieren un aumento de prevalencia de ERGE en el mundo^{1,2}. El Esófago de Barrett (EB) es una entidad íntimamente relacionada con la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) y que asociado a determinados factores genéticos y ambientales puede progresar a carcinoma esofágico en un 0.2-0.5% anual en el EB sin displasia y un 7% en el EB con displasia de alto grado³⁻⁵. Sin embargo, la mayoría de los pacientes diagnosticados de EB (90%) mueren de causas distintas del adenocarcinoma esofágico.

En un momento en el que se han publicado en la prensa diferentes efectos adversos en cuanto al uso crónico de los IBP, se hace necesario tener claros algunos aspectos de esta entidad en cuanto a su manejo farmacológico y endoscópico.

Los factores de riesgo para el desarrollo de EB son la existencia de una ERGE crónica (>5 años), la edad avanzada (>50 años), una edad temprana de inicio de los síntomas de ERGE, el sexo masculino (2:1), el consumo de tabaco (posiblemente porque aumenta el RGE) y la raza caucásica⁶⁻⁸.

Por otra parte, los factores asociados al desarrollo de displasia y adenocarcinoma esofágico en pacientes con EB son la edad avanzada, la longitud del segmento de EB, obesidad, tabaquismo y ausencia de consumo de IBP entre otros⁹⁻¹¹.

Por tanto, a parte de los factores dietéticos y hábitos de vida, el uso de IBP es incuestionable para el tratamiento de la ERGE crónica, para evitar el desarrollo de EB y la progresión a displasia y adenocarcinoma, eso sin contar con el beneficio sintomático para el paciente.

Otro aspecto de actualidad es la vigilancia endoscópica en pacientes con EB y el cribado de EB en pacientes con ERGE crónica, publicado recientemente en forma de guía clínica, Nicholas J. Shahee MD et al. Am J Gastroenterol Feb 2016; 111:30-50, que como todas las guías clínicas hace una serie de recomendaciones con distintos niveles de evidencia y recomendación, a veces cuestionables y no siempre extrapolables a nuestro ámbito profesional en España. No obstante, es recomendable la lectura de dicha guía clínica.

En los últimos años hemos asistido a una auténtica revolución en cuanto al desarrollo de técnicas endoscópicas con equipos con cromoendoscopia virtual (Narrow Banding/I-SCAN) que permiten una mejor valoración de la mucosa y de la vascularización del epitelio esofágico, así como la detección de áreas sugestivas de displasia, permitiendo una toma dirigida de las biopsias, sobre todo en los segmentos largos de EB, frente a la tradicional toma de muestras aleatorias^{12,13}.

También el desarrollo de técnicas de mucosectomía con dispositivos endoscópicos están consiguiendo unos mejores resultados y mayor seguridad en cuanto a la extirpación de las lesiones nodulares asociadas al EB. La realización de Ablación por Radiofrecuencia (sistema HALO) del epitelio de Barrett con displasia del grado que sea, está cambiando el manejo de pacientes con EB con lesiones nodulares o displasia/carcinoma intramucoso. Estos pacientes, hasta hace unos años debían

someterse a una esofagectomía con la morbi-mortalidad que conlleva dicha técnica quirúrgica, y hoy en día no sólo se puede preservar el esófago, sino que se trata de una técnica muy bien tolerada por los pacientes, que puede realizarse en régimen ambulatorio y de la que se están obteniendo resultados muy favorables, si bien se requieren estudios prospectivos a más largo plazo y además debe realizarse en centros de referencia¹⁴⁻¹⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boeckxstaens G, El-Serag HB, Smout AJ et al. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. *Gut* 2014; 63: 1185 – 93
2. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014; 63: 871 – 80
3. Desai TK, Krishnan K, Samala N et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: a meta-analysis. *Gut* 2012; 61: 970 – 6
4. Singh S, Manickam P, Amin AV et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus with low-grade dysplasia: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2014; 79: 897–909
5. Rastogi A, Puli S, El-Serag HB et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus and high-grade dysplasia: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2008; 67:394–8
6. Lieberman DA. Risk factors for Barrett's esophagus in community-based practice. *Am J Gastroenterol* 1997; 92 : 1293–7
7. Taylor JB, Rubenstein JH. Meta-analyses of the effect of symptoms of gastroesophageal reflux on the risk of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2010 ; 105: 1729 – 37
8. Thrift AP, Kramer JR, Qureshi Z et al. Age at onset of GERD symptoms predicts risk of Barrett's esophagus. *The Am J Gastroenterol* 2013; 108 : 915–22
9. Singh S, Garg SK, Singh PP et al. Acid-suppressive medications and risk of oesophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's oesophagus: a systematic review and meta-analysis. *Gut* 2014; 63: 1229– 37
10. Zhang S, Zhang XQ, Ding XW et al. Cyclooxygenase inhibitors use is associated with reduced risk of esophageal adenocarcinoma in patients with Barrett's esophagus: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2014; 110: 2378 – 88
11. Desai TK, Krishnan K, Samala N et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: a meta-analysis. *Gut* 2012; 61: 970 – 6
12. Sharma P, Hawes RH, Bansal A et al. Standard endoscopy with random biopsies vs. narrow band imaging targeted biopsies in Barrett's oesophagus: a prospective, international, randomised controlled trial. *Gut* 2013; 62: 15 – 21
13. Qumseya BJ, Wang H, Badie N et al. Advanced imaging technologies increase detection of dysplasia and neoplasia in patients with Barrett's esophagus: a meta-analysis and systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 1562–70
14. 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 highgrade intraepithelial neoplasia and mucosal adenocarcinoma in Barrett's oesophagus. *Gut* 2008; 57 : 1200 – 6
15. Manner H, Pech O, Heldmann Y et al. Efficacy, safety, and long-term results of endoscopic treatment for early stage adenocarcinoma of the esophagus with low-risk sm1 invasion. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013 ; 11 : 630 – 5
16. Shaheen N J, Sharma P, Overholt BF et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med* 2009; 360: 2277 – 88
17. Bulsiewicz WJ, Kim HP, Dellon ES et al. Safety and efficacy of endoscopic mucosal therapy with radiofrequency ablation for patients with neoplastic Barrett's esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 636 – 42