

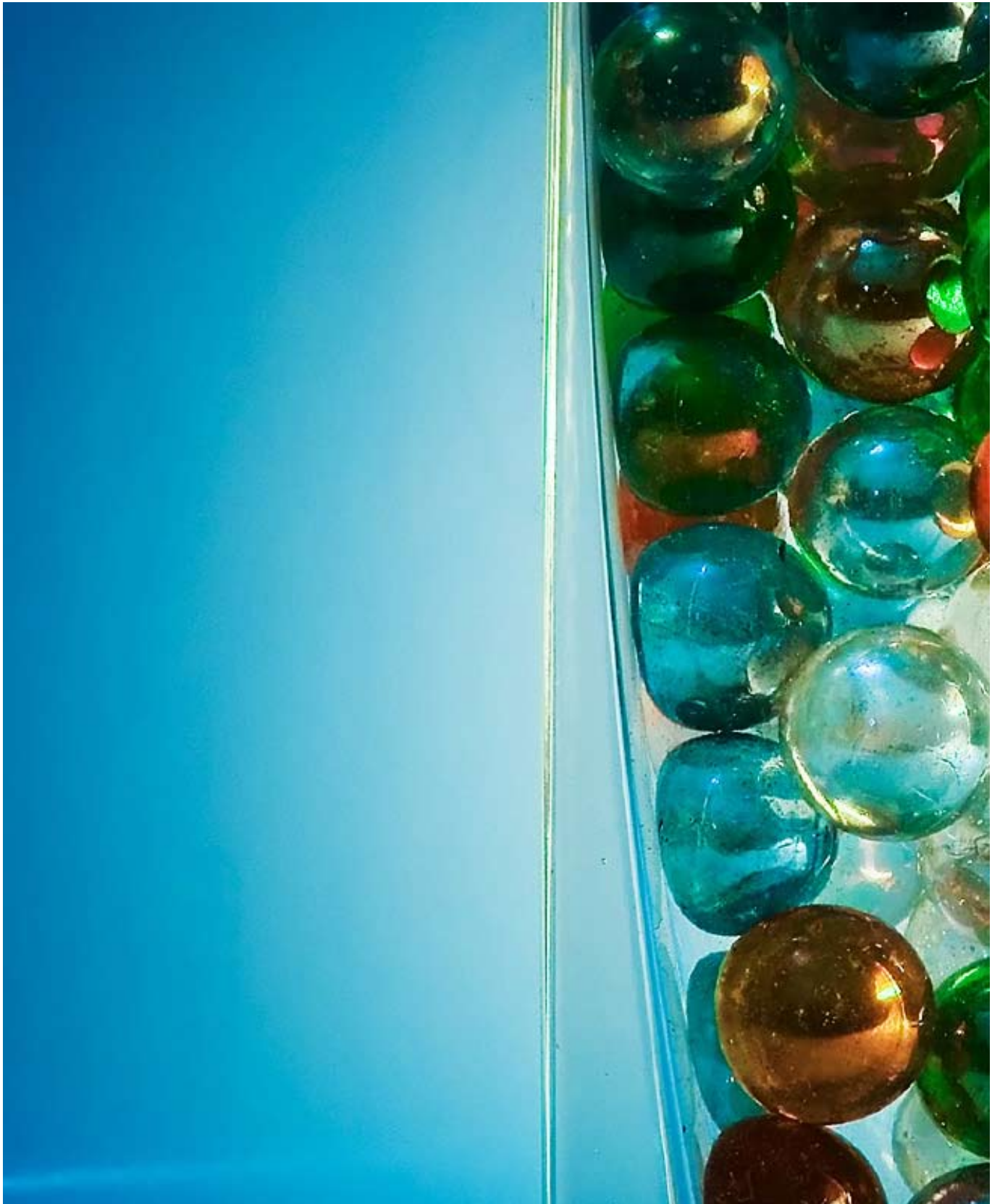


Libros
Virtuales
IntraMed



IntraMed

www.intramed.net



ESÓFAGO DE BARRETT

Presencia de metaplasia intestinal en la cual el epitelio escamoso del esófago distal es reemplazado por un epitelio columnar en respuesta a la irritación crónica provocada por el reflujo.

Historia Natural

Epitelio normal - Esofagitis - Metaplasia intestinal - Displasia de bajo grado -

Displasia de alto grado - Adenocarcinoma

Clasificación Endoscópica

- ❖ **Barrett de segmento largo:** \geq a 3 cm a partir de la unión esófago-gástrica.
- ❖ **Barrett de segmento corto:** $<$ de 3 cm de largo.

El Barrett de segmento largo tiene mayor riesgo de transformación maligna.

Recomendaciones de vigilancia

- ❖ Debido a que la displasia que asienta sobre una metaplasia intestinal puede ser multifocal, para minimizar el riesgo de pasar por alto una zona de displasia, se recomienda realizar tinción de la mucosa con Acido acético, Indigo carmín, Azul de metileno o Lugol; y ante la presencia de un área sospechosa realizar biopsia dirigida; caso contrario dividir la mucosa en cuadrantes de 1 cm y tomar biopsias del vértice de cada cuadrante.
- ❖ La inflamación dificulta la evaluación de displasia, por lo cual deben repetirse las biopsias posteriores al tratamiento con IBP por 3 meses para confirmar el diagnóstico.
- ❖ Pacientes con esófago de Barrett sin displasia: se debe repetir la endoscopia con biopsias a los 6 meses, y si no hay progresión a displasia realizar control endoscópico cada 3 años.
- ❖ Displasia de bajo grado: realizar control endoscópico a los 6 meses, y si no hay progresión de la displasia continuar con un control endoscópico anual.
- ❖ Displasia de Alto grado: Realizar ecoendoscopia para evaluar áreas de invasión submucosa.
 - ▶ **Afectación intramucosa:** mucosectomía endoscópica, cuando es un Barrett largo con displasia multifocal una buena alternativa es la Terapia fotodinámica.
 - ▶ **Afectación submucosa:** se considera que hay

focos de adenocarcinoma invasor, se sugiere esofagectomía.

Tratamiento para pacientes sin displasia o displasia de bajo grado

- ❖ ·BP a dosis doble por 3 meses seguido de dosis estándar de mantenimiento, en pacientes sintomáticos se puede asociar a proquinéticos y si no hay respuesta valorar la opción de cirugía antireflujo.

Tratamiento para el paciente con displasia de alto grado

- ❖ Esofagectomía: en pacientes con mínimo riesgo quirúrgico. La mortalidad en centros con experiencia oscila entre 3 a 10% y una tasa importante de morbilidad en el corto plazo, por lo que el tratamiento endoscópico es una buena alternativa actualmente.
- ❖ Tratamiento Endoscópico: las opciones de tratamiento son:
 - ▶ Térmica con Argon Plasma (APC)
 - ▶ Química con terapia fotodinámica
- ❖ Mucosectomía endoscópica

Luego del tratamiento endoscópico indicar tratamiento con IBP a dosis doble por 3 meses seguido por una terapia de mantenimiento a dosis estándar por tiempo indefinido para intentar que la reepitelización se produzca en un ambiente no ácido favoreciendo la regeneración a un epitelio escamoso.

Seguimiento posterior a la mucosectomía: se realiza control endoscópico a los 3 meses, 6 meses y luego anualmente.

Bibliografía

1. Stuart Jon Spechler, MD. Barrett's Esophagus. Clinical practice. N Engl J Med, Vol. 346, No. 11· March 14, 2002.
2. A Rastogi. Barrett Esophagus. Endoscopy 2005; 37; (11): 1105-1110
3. Gary W. Barrett Esophagus. Gastroenterology 2002; 122: 1569-1591.
4. J Deviere. Barrett's oesophagus: the new endoscopic modalities have a future. Gut. 2005 March; 54(Suppl 1): i33-i37