

62

MED.
tesis
2005
M.538 i

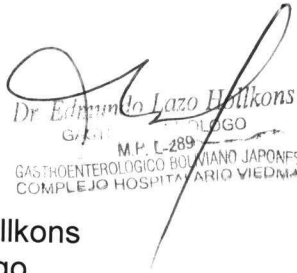
62 ✓

COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
COCHABAMBA - BOLIVIA

TRABAJO DE INVESTIGACION
JORNADAS DE RESIDENCIA MÉDICA

INCIDENCIA DE ESOFAGO DE BARRETT EN
EL INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO
BOLIVIANO JAPONES

Cochabamba – Bolivia
I.G.B.J.
Año 2005


Dr. Edmundo Lazo Hollkons
Gastroenterólogo
M.P. L-289
GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

TUTOR: Dr. Edmundo Lazo Hollkons
Gastroenterólogo

AUTOR: Dr. Jorge Méndez Ponce
Residente de 2º año
Gastroenterología


V. B.

INDICE	PAGINA
1.- Introducción	3
2.- Planteamiento del problema	3
3.- Justificación	3
4.- Objetivo general	4
5.- Objetivos específicos	4
6.- Marco teórico	4
6.1.-Definición	4
6.2.-Definición conceptual	4
6.3.-Definición clínica	5
7.- Epidemiología	8
8.- Etiopatogenia	8
9.- Manifestaciones clínicas	11
10.- Diagnóstico	11
11.- Tratamiento	14
11.1.- Seguimiento endoscopico	14
11.2.- Tratamiento médico	15
11.3.- Tratamiento quirúrgico	15
11.4.- Terapia ablativa endoscopica	16
11.5.- Tratamiento combinado	16
12.- Diseño metodológico	16
13.- Universo de estudio	16
14.- Variables	17

15.- Método de recolección de datos	17
16.- Criterios de inclusión	17
17.- Criterios de exclusión	17
18.- Resultados	17
19.- Discusión	18
20.- Conclusiones	19
21.- Recomendaciones	19
22.- Revisión bibliográfica	20
23.- Anexos	22

INCIDENCIA DE ESOFAGO DE BARRETT EN PACIENTES SINTOMATICOS EN EL I.G.B.J

INTRODUCCION

El Esófago de Barrett es una lesión premaligna, que predispone al Adenocarcinoma Esofágico, patología neoplásica que ha aumentado su incidencia en los últimos años, por tal motivo cabe realizar un diagnóstico preciso, tratamiento oportuno y seguimiento, es así que el motivo del presente trabajo consiste en conocer la incidencia de dicha enfermedad en el Instituto Gastroenterologico Boliviano Japonés en pacientes sintomáticos haciendo una correlación endoscopica e histopatológica y además observar la presencia de H. Pylori en esófago y estómago.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo el esófago de Barrett una enfermedad que en la actualidad presenta mundialmente un aumento importante de su incidencia y en muchos casos puede llegar a producir cáncer esofágico, cabe realizar estudios que demuestren cual es la verdadera magnitud de esta enfermedad, su prevalencia, su incidencia, los grupos étnicos mas afectados, así mismo los factores predisponentes que puedan aumentar la frecuencia de esta patología y de hecho conocer el tratamiento que se pueda ofrecer a estos pacientes con la tecnología actual.

JUSTIFICACION

El presente estudio se realiza motivados por la falta de cifras estadísticas actuales respecto a la enfermedad de Esófago de Barrett en nuestro hospital y en nuestra región, datos importantes para conocer la magnitud del problema y estudiar mas a fondo para determinar la conducta que se debe seguir con los pacientes diagnosticados con esta enfermedad y a la vez tener un control epidemiológico previniendo de esta manera posibles complicaciones que en este caso pueden determinar la presencia de un cáncer en esófago si no se realiza el seguimiento necesario.

Por otro lado se desea estudiar la relación entre el H.Pylori en estomago y la presencia del mismo en esófago siendo hasta el momento un tema controversial, dado que es una bacteria prevalente en la mayor parte del mundo y mas aun en nuestro país.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del Esófago de Barrett en pacientes sintomáticos en el Instituto Gastroenterologico Boliviano Japonés en el periodo de Enero a Diciembre del año 2005

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la incidencia de Esófago de Barrett en pacientes sintomáticos de acuerdo a la edad y sexo.

Determinar la incidencia de esófago de barrett de segmento largo, corto y ultracorto

Determinar la relación entre esofagitis, esófago de Barrett y H. Pylori

MARCO TEORICO

Definiciones

La definición y diagnóstico del esófago de Barrett (EB) ha sido objeto de discusión desde su descripción original por Norman Barrett en 1950. Se ha propuesto incluso evitar esta denominación, reemplazándola por columnar-lined esophagus, que pudiera traducirse como "metaplasia columnar del esófago"(2). No existe actualmente una definición que sea, al mismo tiempo, universalmente aceptada y clínicamente útil.

Definición conceptual

Condición en la cual cualquier extensión del epitelio plano pluriestratificado normal del esófago es reemplazado por epitelio columnar con metaplasia intestinal.

En la práctica clínica es difícil aplicar esta definición, debido a las dificultades que representa la delimitación exacta de la unión gastroesofágica (UGE) y la imposibilidad de distinguir el epitelio columnar normal del metaplásico desde el punto de vista endoscópico.

La caracterización histológica del epitelio columnar también ha sido controversial. Se han descrito tres tipos: epitelio fúndico secretor de ácido, epitelio cardial (junctional epithelium) y epitelio de tipo intestinal con células caliciformes (también llamado epitelio columnar especializado) (2,4). Los dos primeros son indistinguibles del epitelio columnar que se encuentra normalmente en la región cardial y en el cuerpo gástrico, aunque cuando se ubica en el esófago habitualmente presenta alteraciones variables en su arquitectura. El último se considera definitorio de EB

Definición clínica

Depende de la conjunción de criterios endoscópicos e histológicos. Ha evolucionado desde la exigencia de una extensión variable (>2-5 cms) de epitelio columnar por encima de la UGE, hasta aceptar como diagnóstica la presencia de cualquier extensión de epitelio columnar de tipo intestinal por encima de la UGE. En ambos casos debe enfrentarse el problema que representa la localización precisa de la UGE, que no es definida en forma coincidente por anatomistas, radiólogos, fisiólogos y endoscopistas. (1,3)

En la práctica clínica, la UGE se localiza habitualmente por criterios endoscópicos (de los que el límite proximal de los pliegues gástricos parece el más confiable) o manométricos (el borde distal de la zona de hiperpresión que representa el esfínter esofágico inferior) (1). Los cambios dinámicos de la UGE, determinados por la respiración, la motilidad y la distensión, así como la variabilidad en la estimación de distancias, constituyen evidentes factores de error. La exigencia de una extensión mínima de epitelio columnar sobre la UGE (>2 cms) para plantear el diagnóstico es obviamente arbitraria y constituye más bien una concesión razonable a la variabilidad inherente de las mediciones.

El definir como EB cualquier extensión de epitelio intestinal en el esófago también exige tanto precisar la ubicación de la UGE como un examen histológico. Una biopsia tomada en o bajo la UGE, en un estómago con atrofia y metaplasia intestinal puede llevar a

diagnosticar falsamente como EB lo que corresponde a una metaplasia intestinal del estómago (2, 5, 7).

Una duda no aclarada es la frecuencia con la que pueden encontrarse áreas de metaplasia intestinal en la UGE de personas normales. Los resultados publicados en biopsias de pacientes no seleccionados, sometidos a endoscopia por razones distintas a reflujo gastroesofágico (RGE), varían entre 9 y 32%, siendo 20% una estimación razonable. (5)

Los dos criterios aquí analizados están correlacionados. Mientras mayor sea la extensión de esófago cubierto por epitelio columnar, mayor es la probabilidad que exista epitelio intestinal en la biopsia.

El EB comprende, por lo tanto, un amplio espectro de pacientes. En un extremo se encuentran los portadores de lo que puede llamarse un EB largo o clásico, detectados fácilmente en una endoscopia, en los que un largo segmento del esófago (>2-3 cm.) está cubierto por epitelio columnar, generalmente de tipo intestinal. Estos pacientes tienen generalmente un RGE intenso y prolongado y un riesgo mucho más elevado que la población general de desarrollar un adenocarcinoma esofágico. En el otro extremo se encuentran los portadores de un EB corto o ultracorto (<2cm.), diagnosticados histológicamente por la presencia de cualquier extensión de epitelio columnar intestinal en el esófago. La asociación con RGE es menos importante y muchos son completamente asintomáticos. No ha sido precisado si el riesgo de adenocarcinoma en ellos es diferente al de la población general. (7, 9)

No hay una separación clara entre ambos polos, por lo que la población con EB forma probablemente un continuo entre ambos extremos. Un grupo adicional son aquellos paciente con UGE endoscópicamente normal, en los que una biopsia demuestra metaplasia intestinal a ese nivel. El riesgo potencial de esta condición es el desarrollo de un adenocarcinoma gástrico del cardias, aunque dada la frecuencia comunicada de detección en población no seleccionada (20%), es necesario aceptar que la mayor parte de estos pacientes nunca desarrollará una condición patológica relevante. Por otra parte, el biopsiar una UGE endoscópicamente normal no es una conducta apropiada en la actualidad, (4, 6, 8), aunque si hay síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofagico (ERGE) evidentes y