

208

MEO
Tesis MFN = 889
C 322 e
2003

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO - JAPONES

Índice de capítulos..... Pág. 2

Resumen..... Pág. 4

Introducción..... Pág. 7

Objetivos..... Pág. 30

Diseño metodológico..... Pág. 31

Resultados..... Pág. 34

Discusión..... Pág. 37

Conclusiones..... Pág. 38

Recomendaciones..... Pág. 39

Bibliografía..... Pág. 40

Anexos..... Pág. 41

**ESÓFAGO DE BARRETT ESTUDIO PROSPECTIVO
DEL TRATAMIENTO MEDICO Vs ENDOSCOPICO
I.G.B.J - COCHABAMBA**

AUTOR : DRA KARINA CARTAGENA P.

**TUTORES : DR. JAIME SARAVIA B.
DR. JOSE LUIS LASERNA K.
DR. ABEL ACOSTA C.**

Cochabamba - Bolivia

#21

INDICE:

Índice de materiaPág. 2.

Índice de Gráficos.Pág. 3.

Resumen.....Pág. 4.

Introducción.....Pág. 7.

Objetivos.....Pág. 30.

Diseño metodológico.....Pág.31.

Resultados.....Pág.34.

Discusión.....Pág.37.

Conclusiones..... Pág.37.

Recomendaciones.....Pág.39.

Bibliografía.....Pág.40.

Anexos.....Pág.41.

INDICE DE GRAFICOS.-

Gráfico n°1Pág. 41

Gráfico n° 2Pág. 41

Gráfico n° 3Pág. 42

Gráfico n° 4Pág. 42

Gráfico n° 5Pág. 43

Gráfico n° 6Pág. 43

Gráfico n° 7Pág. 44

Gráfico n° 8Pág. 44

Gráfico n° 9Pág. 45

Gráfico n° 10Pág. 45

hipotenso con una peristalsis esofágica deteriorada y con episodios de reflujo ácido mas frecuentes y prolongados. Estudios recientes atribuyen al reflujo biliar que determinados componentes inducen al cambio del epitelio. Existen también datos recientes que sugieren que esta metaplasia surgiria tras el desarrollo previo de inflamación de la mucosa cardial como consecuencia probablemente de una infección por *Helicobacter Pylori*.

Los síntomas del EB son los mismos del reflujo gastroesofágico: pirosis, regurgitación, epigastralgia.

RESUMEN.-

La expresión esófago de Barrett se refiere al hecho de que un segmento de longitud variable del epitelio escamoso del esófago distal (por encima de la UGE) es sustituido por epitelio de tipo columnar. Tres fenotipos bien diferenciados de epitelio columnar han sido descritos en el EB. Epitelio cardial, epitelio fúndico o gástrico y epitelio intestinal o especializado. Este último es el más frecuente en pacientes adultos con EB, se asemeja al epitelio del intestino delgado, las vellosidades están recubiertas por las características células caliciformes y por células columnares. El epitelio de tipo intestinal en el EB a diferencia del cardial y del fúndico adquiere gran relevancia clínica debido a su probada asociación con displasia y adenocarcinoma.

El EB es una lesión de origen adquirido que surge como consecuencia de un reflujo gastroesofágico crónico. Los pacientes con EB tienen un esfínter esofágico inferior hipotenso con una peristalsis esofágica deteriorada y con episodios de reflujo ácido más frecuentes y prolongados. Estudios recientes atribuyen al reflujo biliar que determinados componentes inducen al cambio del epitelio. Existen también datos recientes que sugieren que esta metaplasia surgiría tras el desarrollo previo de inflamación de la mucosa cardial como consecuencia probablemente de una infección por *Helicobacter Pylori*.

Los síntomas del EB son los mismos del reflujo gastroesofágico: pirosis, regurgitación, epigastralgia.

El tratamiento del EB en principio es igual al manejo de la ERGE (De Meester 2000)
: 1. Controlar el reflujo 2. Estimular la curación o la regresión del epitelio
metaplasico en tal forma que la mucosa de alto riesgo (metaplasia intestinal) sea
eliminada. 3. Detener la progresión hacia displasia y cáncer.

El presente trabajo es un estudio prospectivo observacional y comparativo de 35
pacientes con diagnostico de esófago de Barrett desde marzo del 2001 a diciembre del
2002 en el I.G.B.J de Cochabamba 27 pacientes del sexo masculino (77,1 %) y 8
pacientes (22.9 %) del sexo femenino.

Con un rango de edades entre 27 y 76 años, el promedio de edad fue de 49.1 años.

Portadores de hernia hiatal diagnosticada por endoscopia 17 pacientes (48.6 %).

Con datos de ERGE, 29 pacientes (82.8 %). Pirosis 25 (71.4%) , Regurgitación 32
(91.2 %), epigastralgia 19 (54.2%).

Hábitos como consumo de cigarrillos 22 pacientes (62.8%), ingesta alcohólica
ocasional o en forma social 12 (34.3 %) y Sobrepeso en 6 (17%) .

No se detecto la presencia de Helicobacter Pylori en esófago, solo en mucosa gástrica
se detecto en 17 (48.6 %).

Iniciaron tratamiento medico 35 pacientes (100 %) . Persistencia de la metaplasia intestinal y mejoría del cuadro clínico 25 de ellos (71.4%) , abandonaron 10 (28,4%)

Se sometieron a tratamiento endoscópico mediante Ablación con argon plasma 6 pacientes (17.1%), de los cuales llegaron a realizarse 2 a 3 sesiones 3 pacientes con posterior reporte histopatológico de ausencia de metaplasia intestinal y mejoría de imagen endoscópica de la lesión, 2 pacientes que acudieron posterior a la Funduplicatura con persistencia de metaplasia intestinal, se realizo APC una sesión con reporte histopatológico al control de ausencia de lesión. Un paciente (2.8 %) sometido a sesiones de APC con ausencia de metaplasia intestinal al reporte histopatológico, se somete a cirugía antireflujo y acude a controles donde se observa mucosa de características normales tanto endoscópica como histopatologicamente.

En 2 pacientes (5.7%) se encontró metaplasia intestinal con displasia leve.

Como conclusión del trabajo esta claro que el tratamiento medico con bloqueadores de la bomba de protones y procinéticos no mejora ni revierte la metaplasia intestinal, al contrario se pierde al paciente por el largo periodo de tratamiento y costos económicos elevados.

El tratamiento endoscópico con APC es de corto periodo para que revierta al 100 % la metaplasia intestinal inclusive displasias de bajo a moderado grado.

INTRODUCCIÓN

La definición de esófago de Barrett ha cambiado en los últimos decenios:

- 1) Esófago recubierto de epitelio columnar (Naef et al 1975), una definición muy simple.
- 2) Epitelio columnar o metaplasia intestinal en un segmento del esófago de 3 cm de longitud (Spechler 1992); esta longitud de 3 cm se planteó en los primeros años de la década de 1980, teniendo en cuenta que Hayward había establecido que el esófago normal tiene 1 - 2 cm de mucosa columnar.
- 3) Metaplasia intestinal especializada (no cambios columnares de tipo gástrico), que es el verdadero Barrett que lleva a la displasia y al carcinoma, de cualquier longitud (DeMeester 2000; Hagen 2001; Peters 1997; Smith 2001; Spechler 2002).

El American College of Gastroenterology (1998) define así el esófago de Barrett: "una alteración en el epitelio del esófago, de cualquier longitud, que puede ser identificada por endoscopia y que se confirma con el hallazgo de metaplasia en la biopsia". (Sampliner 1998).

J.A. Hagen (2001) de Los Angeles, California, presenta la siguiente definición: "El esófago de Barrett es una entidad asociada con enfermedad crónica por reflujo gastroesofágico en la cual se presenta transformación metaplásica del epitelio

escamoso normal en el esófago distal a un epitelio glandular con evidencia de metaplasia intestinal especializada".

Cardona y asociados (2000) del Hospital San Juan de Dios de Bogotá hacen las siguientes definiciones:

"El esófago de Barrett de segmento corto fue definido como cualquier prolongación proximal de la línea Z –la unión escamocolumnar–, a partir de la unión esófago-gástrica, en una longitud menor de 3 cm, en caso de lengüetas, o cualquier diámetro en caso de islotes. El esófago de Barrett de segmento largo fue definido por lengüetas mayores o iguales a 3 cm, contados a partir de la unión gastroesofágica".

Actualmente el esófago de Barrett se define como la presencia de un segmento de mucosa esofágica con metaplasia intestinal especializada de cualquier longitud (Hagen 2001).

T.R. De Meester (2001) anota cómo el hecho de que algunos pacientes con reflujo gastroesofágico exhiben epitelio columnar que se ha intestinalizado (metaplasia intestinal), sugiere que la intestinalización requiere condiciones especiales o estímulos. O sea, que el desarrollo del típico epitelio de Barrett en el esófago (epitelio columnar intestinalizado definido por la presencia de células caliciformes en las glándulas, regiones foveolares o epitelio superficial) es un proceso secuencial.

Hay ciertas condiciones que favorecen la intestinalización:

- 1) longitud del segmento de esófago que está recubierto por epitelio columnar;
- 2) años de evolución del reflujo gastroesofágico;
- 3) presencia de bilis en el material gástrico que refluye.

El grupo de T.R. DeMeester 2001; Öberg 1999, ha observado que en la medida que aumenta la longitud del segmento recubierto con epitelio columnar (mucosa cardial) proximal a la unión gastroesofágica, aumenta la prevalencia del epitelio de Barrett, el que se identifica por la presencia de epitelio intestinal especializado (DeMeester 2001): la prevalencia ascendió de 12% cuando el epitelio columnar se limita a la unión gastroesofágica, a 50% cuando el segmento era de menos de 3 cm y a casi 100% cuando era de 3 cm o más (Öberg et al 1999). T.R. DeMeester (2001) refiere estudios clínicos en adultos que demuestran que se requieren 5 a 7 años después del comienzo de los síntomas de reflujo para que aparezca la intestinalización.

Spechler y asociados (1995) han informado hallazgos similares: la metaplasia intestinal se encontró en 36% de los pacientes con un segmento de epitelio columnar de 1-2 cm, y la incidencia ascendió a 93% cuando el segmento de epitelio columnar era de por lo menos 3 cm.

La metaplasia intestinal del esófago es la lesión premaligna que antecede al adenocarcinoma del esófago y de la unión gastroesofágica. En efecto, la gran mayoría de los adenocarcinomas del esófago se acompañan de metaplasia y muchos adenocarcinomas de la unión gastroesofágica se asocian con metaplasia intestinal