



Contenido destacado del mes Mayo 2019

Endoscopia

Dras. Mileidis San Juan y Silvia Acosta

Varón de 52 años, ex fumador sin otros antecedentes de interés, al que se le realiza una gastroscopia de control por esófago de Barrett.

En el tercio esofágico distal se objetiva una mucosa asalmonada que asciende desde los 35 centímetros hasta 30 centímetros de arcada dentaria, con una lesión visible de 10 mm y depresión central (C3M5 según la clasificación de Praga, 0-IIa+IIc según la clasificación de Paris):

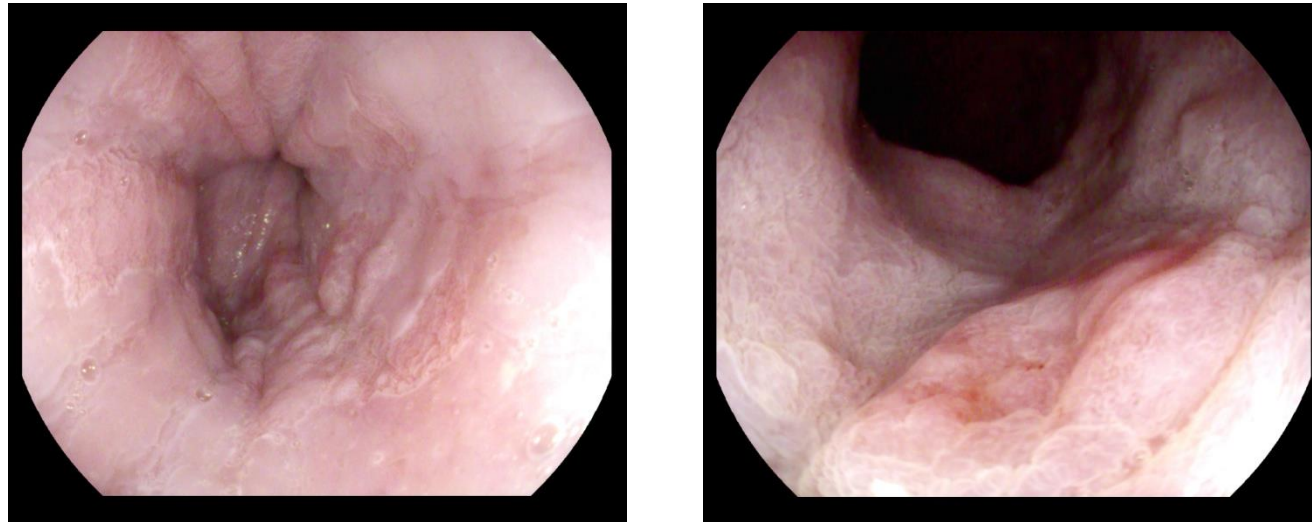


Figura 1: Imagen endoscopia

1. ¿Ante estos hallazgos compatibles con esófago de Barrett, ¿cuál de las siguientes es correcta?

- a) Se debe realizar la exploración con el endoscopio de mejor calidad disponible.
- b) El estudio endoscópico se puede complementar con una técnica de cromoendoscopia con ácido acético.
- c) Se deben tomar biopsias según el protocolo Seattle.
- d) Se debe mantener tratamiento con inhibidores de la bomba de protones para el control de los síntomas de reflujo.
- e) Todas son correctas

¡Respuesta correcta!

e) Todas son correctas

Comentario

La técnica gold estándar en el diagnóstico del esófago de Barrett (EB) es la endoscopia. En este sentido, tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento posterior se deben tomar biopsias aleatorias de los cuatro cuadrantes cada 2 centímetros, además de biopsias dirigidas de las lesiones visibles (protocolo Seattle). En relación a esto último, se recomienda el uso de la endoscopia de alta resolución para mejorar la detección de las lesiones en el EB. Por otro lado, aunque existen algunos estudios en los que se ha demostrado el mayor rendimiento diagnóstico de la cromoendoscopia con ácido acético frente a la endoscopia convencional, son necesarios más estudios para que esta técnica sea recomendada de forma rutinaria.

El antecedente de reflujo gastroesofágico es un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de EB. Por ello, el uso de tratamiento anti-reflujo se recomienda como tratamiento sintomático en pacientes con reflujo gastroesofágico. Recientemente, se ha descrito en el estudio AspECT que el uso de IBP a dosis altas podría ser beneficioso en la prevención del desarrollo de displasia de alto grado, adenocarcinoma de esófago y en la disminución de la mortalidad global.

Se tomaron biopsias de ambas lesiones visibles. Además, se tomaron biopsias aleatorias cada 2 centímetros, siguiendo el protocolo Seattle.

El estudio histológico de una de las lesiones visibles fue compatible con adenocarcinoma intramucoso (T1a). Las biopsias restantes cumplieron criterios de EB con displasia de bajo grado.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

2. Ante estos hallazgos ¿qué tratamiento debemos realizar?

- a) Presentar el caso en un comité multidisciplinar y realizar ablación con radiofrecuencia.
- b) Reevaluación con cromoendoscopia con ácido acético y nueva toma de biopsias tras tres meses.
- c) Presentar el caso en un comité multidisciplinar y realizar resección endoscópica de las lesiones visibles, seguido de ablación por radiofrecuencia (RFA) del EB residual.
- d) Esofagectomía.

¡Respuesta correcta!

- c) Presentar el caso en un comité multidisciplinar y realizar resección endoscópica de las lesiones visibles, seguido de ablación por radiofrecuencia (RFA) del EB residual.**

Comentario

Aunque la supervivencia a largo plazo de los pacientes con displasia de alto grado o adenocarcinoma precoz sometidos a tratamiento endoscópico y quirúrgico es similar, la morbilidad y mortalidad precoz es mayor en el grupo de pacientes con tratamiento quirúrgico. Por ello, en los pacientes con adenocarcinoma intramucoso se recomienda el tratamiento endoscópico frente al seguimiento o la esofagectomía.

En este sentido, siempre que existan lesiones visibles se debe realizar resección endoscópica de todas ellas, ya sea mediante mucosectomía o disección endoscópica submucosa, según el tamaño de la lesión. Esta es la forma más precisa de realizar la estadificación histopatológica y, además, estas lesiones suelen contener las zonas de neoplasia más avanzada.

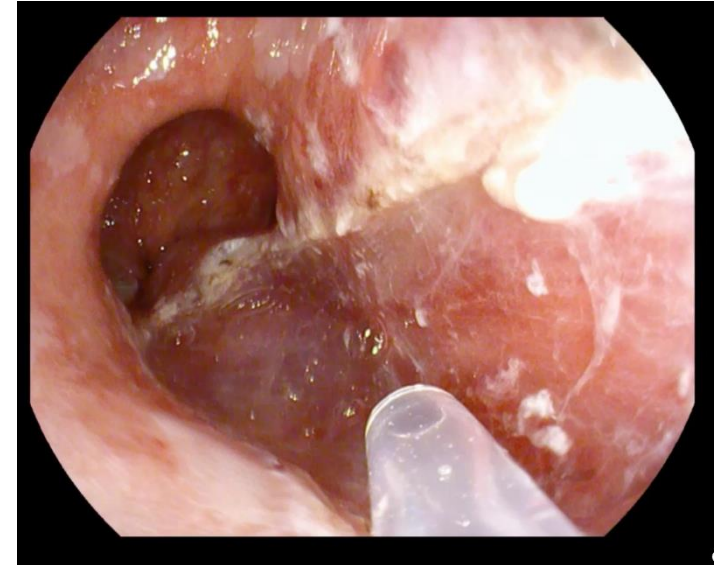
Tras la resección endoscópica de cualquier lesión visible –con cualquier grado de displasia o neoplasia–, se recomienda la erradicación del EB residual con RFA, ya que existe riesgo de neoplasias metacrónicas.

Todas las decisiones terapéuticas de los casos de EB y displasia o cáncer precoz deben ser tomadas en un comité multidisciplinar.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Toma de muestra



El estudio histológico de las lesiones resecaadas confirmó el resultado inicial de las biopsias (adenocarcinoma intramucoso y displasia de bajo grado).

Tras el tratamiento inicial del esófago de Barrett, ¿qué tipo de seguimiento se debe realizar?

- a) Gastroscofia anual, durante 5 años.
- b) Ninguno, el esófago de Barrett ya está curado.
- c) Endoscopia tras tres meses con una nueva sesión de radiofrecuencia si persiste esófago de Barrett.

Comentario

- c) Tras el tratamiento endoscópico de la displasia de alto grado o neoplasia precoz asociada a EB se recomienda seguimiento endoscópico cada tres meses el primer año y anuales posteriormente, con toma de biopsias de la unión gastroesofágica y de la mucosa esofágica en la que estaba presente el EB.

La recurrencia de neoplasia disminuye significativamente cuando el Barrett residual se elimina completamente tras la resección de las lesiones visibles. La RFA es segura y efectiva para eliminar cualquier grado de displasia residual.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Bibliografía

1. Fitzgerald RC, di Pietro M, Ragnanath K, Ang Y, Kang J-Y, Watson P, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut*. 2014 Jan;63(1):7–42.
2. Weusten B, Bisschops R, Coron E, Dinis-Ribeiro M, Dumonceau J-M, Esteban J-M, et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2017 Feb;49(2):191–8.
3. Jankowski JAZ, de Caestecker J, Love SB, Reilly G, Watson P, Sanders S, et al. Esomeprazole and aspirin in Barrett's oesophagus (AspECT): a randomised factorial trial. *Lancet (London, England)*. 2018;392(10145):400–8.
4. Whiteman DC, Appleyard M, Bahin FF, Bobryshev Y V, Bourke MJ, Brown I, et al. Australian clinical practice guidelines for the diagnosis and management of Barrett's esophagus and early esophageal adenocarcinoma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2015 May;30(5):804–20.



Ha finalizado el caso clínico

Endoscopia

Dra. Mileidis San Juan y Silvia Acosta