

ESÓFAGO DE BARRETT

El esófago de Barrett (EB) es una consecuencia a largo plazo no infrecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

¿QUÉ ES EL ESÓFAGO DE BARRETT (EB)?

Según la definición tradicional, el EB es la condición (y no enfermedad) en la que las células que recubren internamente el esófago se ven reemplazadas por otras. Estas nuevas células no son malignas, sino que realmente son células de aspecto normal aunque su localización habitual no es el esófago. La aparición de este tipo de células representa una adaptación al reflujo crónico, ya que parecen ser más resistentes al daño por reflujo, aunque dicho cambio representa un riesgo de desarrollo de un tumor denominado adenocarcinoma. El EB es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de este tumor. Sin embargo, el riesgo de que una persona con EB desarrolle un adenocarcinoma es bajo, y se estima en 0,5%/año. Estos cambios ocurren en la porción inferior del esófago. Normalmente se habla de EB corto cuando la extensión es de hasta 3 cm., y largo cuando es de más de 3 cm.

¿CUÁL ES LA CAUSA DE SU APARICIÓN?

La causa más común que provoca la aparición de esófago de Barrett es la exposición prolongada del esófago al ácido del estómago (ERGE).

¿QUÉ SÍNTOMAS TIENE?

El EB por sí mismo no produce síntomas. Sin embargo muchos pacientes acuden a su especialista por síntomas provocados por el reflujo gastroesofágico (ERGE), como la pirosis, ardor retroesternal, regurgitación del contenido del estómago, síntomas respiratorios y laringitis, o incluso, dificultad para la deglución.

¿ES SIEMPRE UNA ENFERMEDAD MALIGNA?

No. De hecho, en la gran mayoría de personas con EB nunca se desarrollará una lesión maligna en su esófago.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El EB se diagnostica mediante una endoscopia, y requiere de la confirmación mediante la toma de biopsias. Existe una línea (línea Z) donde se une el revestimiento del esófago normal, escamoso, con el inicio del tejido columnar del estómago (“transición escamo-columnar”). Esa línea en condiciones normales se encuentra en el cardias, que es la zona donde anatómicamente finaliza el esófago y comienza el estómago. Podemos sospechar que existe un EB cuando dicha línea se localiza más arriba en el esófago.

¿REQUIERE SIEMPRE LA TOMA DE BIOPSIAS?

Sí. Deben existir histológicamente células columnares con metaplasia intestinal.

¿ES UNA PATOLOGÍA QUE REQUIERE SEGUIMIENTO?

Es obligatorio realizar seguimiento endoscópico con toma de biopsias en los pacientes con EB. Las endoscopias de seguimiento se deben realizar de acuerdo con la presencia o no de displasia y el grado de la misma.

¿QUÉ ASPECTOS SE DEBEN MODIFICAR EN EL ESTILO DE VIDA QUE BENEFICIEN EN ESTOS CASOS?

El objetivo fundamental del tratamiento en pacientes con EB es detener el daño producido en el esófago por el ácido. La mayoría de los pacientes deben ser advertidos que ciertos comportamientos o alimentos pueden incrementar el riesgo de reflujo ácido.

¿QUÉ TRATAMIENTO MÉDICO TIENE?

El EB no está demostrado que vaya a desaparecer con el tratamiento médico. De todas maneras, existe un grupo de medicamentos denominados inhibidores de la bomba de protones (IBP) que reducen la cantidad de ácido del estómago. Muchas veces será necesario el uso de altas dosis de estos fármacos.

Existen otro grupo de fármacos denominados antiH2 y cuyo representante principal es la ranitidina, que puede ser usada en algunas ocasiones.

¿TIENE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INICIALMENTE?

La cirugía no debe ser un tratamiento inicial para tratar el EB, aunque en algunos casos puede considerarse para el tratamiento de la ERGE.

¿CÓMO PODEMOS MODIFICAR SU EVOLUCIÓN?

El tratamiento intensivo del reflujo con fármacos inhibidores del ácido podría prevenir el cáncer en las personas con EB, aunque los datos disponibles no son suficientemente sólidos como para confirmarlo. El empleo de métodos endoscópicos para eliminar el EB, especialmente la radiofrecuencia, ha demostrado que reduce el riesgo de progresión a grados mayores de displasia o a cáncer.

¿CÓMO SE PUEDE TRATAR LA APARICIÓN DE DISPLASIA SOBRE BARRETT?

La presencia de displasia sobre Barrett debe ser confirmada por dos patólogos diferentes. Además se debe repetir la endoscopia en 3-6 meses en función del grado de displasia con nueva toma de biopsia. Parece que la completa inhibición del reflujo ácido puede hacer desaparecer la displasia de bajo grado. En los últimos años se han desarrollado algunas técnicas endoscópicas que pueden hacer desaparecer por completo la presencia de displasia sobre Barrett e incluso la erradicación completa de todo el EB: la ablación por radiofrecuencia y la resección endoscópica mediante técnicas de mucosectomía endoscópica. El tratamiento quirúrgico del EB con displasia de alto grado era, hasta hace pocos años, el único tratamiento realmente curativo de esta patología, al eliminar todo el Barrett.

¿CÓMO SE DEBE TRATAR LA APARICIÓN DE UN CARCINOMA SOBRE BARRETT?

El tratamiento del adenocarcinoma sobre EB debe ser quirúrgico, excepto en los casos en que la lesión esté limitada a la capa más superficial de la pared interna del esófago (es decir, limitada a la mucosa), en la que se puede realizar mucosectomía endoscópica.

José Miguel Esteban López-Jamar y Adolfo Parra Blanco. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2012; 104: 440.