

ESÓFAGO DE BARRETT: SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO

BARRETT'S ESOPHAGUS: ENDOSCOPIC SURVEILLANCE

Dr. Enrique A. Adames A.*, Arlenne Méndez†

*Médico Residente – Gastroenterología. Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Caja de Seguro Social. Ciudad de Panamá, República de Panamá.

†Estudiante de IX Semestre de la Carrera de Doctor en Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Panamá. Ciudad de Panamá, República de Panamá.

e-mail: adames_enri20@hotmail.com

Recibido: 13 de noviembre de 2009

Aceptado: 20 de enero de 2010

Adames EA, Méndez A. Esófago de Barrett: seguimiento endoscópico. [Rev Med Ciént.](#) 2009;22:44-46.

HISTORIA CLINICA

Paciente masculino de 97 años de raza blanca presenta cuadro clínico de lipotimia, vómitos en borras de café y evacuaciones melénicas. En el hemograma presentaba hemoglobina en 12 g/dl. Se realizó endoscopia, en la cual se evidenció la presencia de una hernia hiatal gigante con incompetencia completa del esfínter esofágico inferior (Ver Figura 1), esofagitis grado D de la clasificación de Los Ángeles¹ y columnas de esófago de Barrett (EB) (Ver Figura 2). En la biopsia se observó metaplasia intestinal especializada con epitelio glandular y células caliciformes características, confirmando el diagnóstico histológico de EB. Fue tratado con inhibidor de bomba de protones y se incluyó en el programa de seguimiento endoscópico.

El EB es definido por el Colegio Americano de Gastroenterología como un cambio de cualquier extensión en el epitelio distal del esófago que puede ser reconocido en la endoscopia como mucosa de tipo columnar y que se confirma histológicamente. Los adultos mayores del sexo masculino, raza caucásica y con síntomas de reflujo gastroesofágico, son los de mayor riesgo. En los últimos años se ha observado un aumento significativo en la incidencia de adenocarcinoma esofágico a nivel mundial, siendo el EB una condición premaligna para éste. El diagnóstico debe realizarse mediante endoscopia y biopsia, y en esta última es necesario evidenciar metaplasia intestinal (células caliciformes). Es por ello que el seguimiento endoscópico es fundamental y estará determinado por el grado de displasia² (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Grados de displasia.

Displasia	Evidencia	Seguimiento
Ninguna	Confirmado por dos endoscopias + biopsias, con diferencia de 1 año	Endoscopia cada 3 años
Bajo grado	Mayor grado en endoscopia + biopsia repetida a 6 meses de la primera Requiere confirmación por un patólogo experto	Endoscopia cada año hasta no evidenciar displasia en dos endoscopias seguidas
Alto grado	Irregularidad de mucosa Repetir endoscopia + biopsia a los 3 meses para descartar adenocarcinoma Confirmación por un patólogo experto	Resección endoscópica Continuar seguimiento a los 3 meses o intervenir basado en resultados del paciente

Fuente: Wang K, Sampliner R. Update guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008;103:788-97

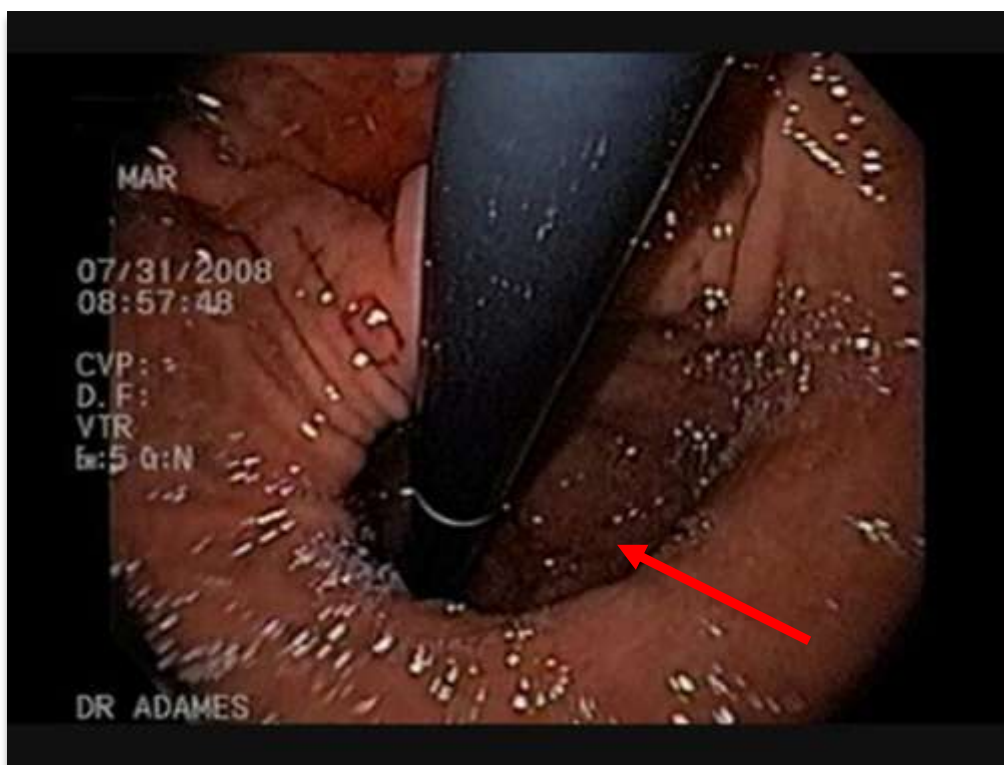


Figura 1. Hernia hiatal gigante. La flecha señala incompetencia hiatal y hernia gigante vista en retroflexión.

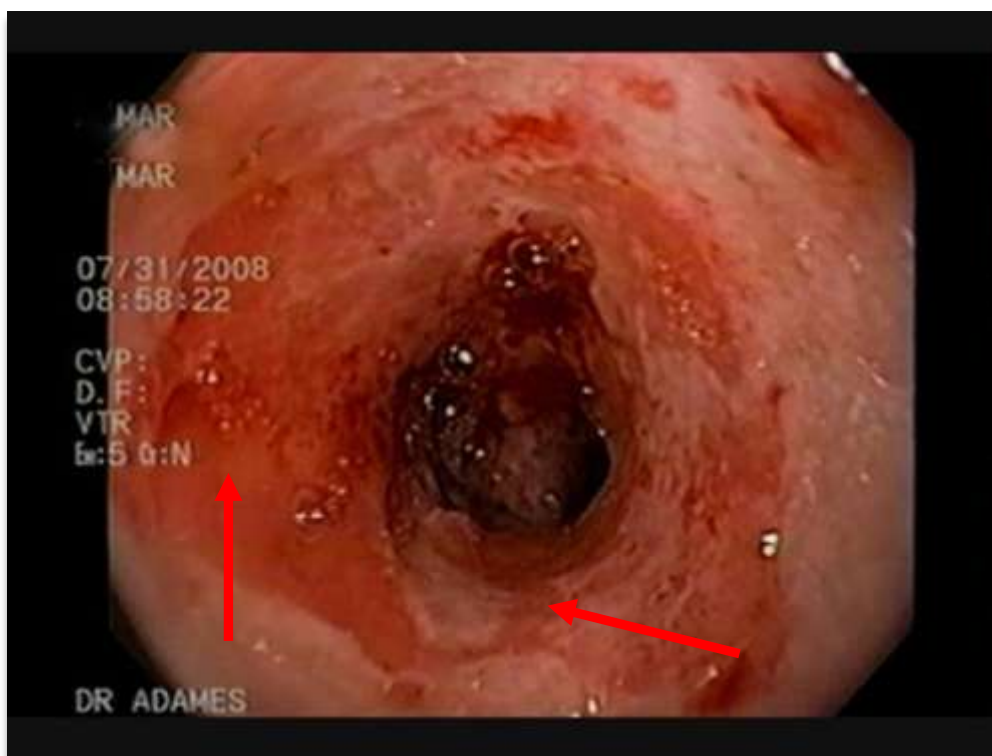


Figura 2. Esofagitis severa Grado D según la Clasificación de Los Ángeles. Las flechas señalan lengüetas de columnas de mucosa asalmonadas que se extienden proximalmente desde la unión esófago-gástrica, correspondiente con el diagnóstico endoscópico de esófago de Barrett.

La autora Arlenne Méndez forma parte del comité editorial de la Revista Médico Científica.

REFERENCIAS

1. Richter J. Gastroesophageal reflux disease and its complications. In: Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran 's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis and management. 8th Edition. Philadelphia: Elsevier's Health Sciences; 2006. 917-8.
2. Wang K, Sampliner R. Update guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol 2008;103:788-97.