



Preguntas y respuestas más frecuentes en

Esófago de Barrett



EDIMSA



Autores:

Dr. José Miguel Esteban López-Jamar

Unidad de Endoscopia. Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Dr. Adolfo Parra Blanco

Unidad de Endoscopia. Departamento de Gastroenterología.
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Preguntas y respuestas más frecuentes en

Esófago de Barrett



Asociación de enfermos y familiares
de esófago de Barrett
www.asenbar.com



Fundación AstraZeneca

Prólogo

Asociación de enfermos y familiares de esófago de Barrett



Gracias a esta guía práctica, fruto de la colaboración entre profesionales sanitarios, industria farmacéutica y organizaciones de pacientes, los pacientes que hemos sido diagnosticados de Esófago de Barrett podemos resolver las principales dudas sobre nuestra enfermedad. El manual nos ofrece además información positiva y esperanzadora, un balón de oxígeno.

En este sentido, estamos seguros que la información será útil y una referencia tanto para profesionales sanitarios como para los pacientes a los que va dirigido, con objeto de mejorar su calidad asistencial y en definitiva, su calidad de vida.

Juan Carlos Hernández Corredera

*Presidente de la Asociación de Enfermos
de Esófago de Barrett (ASENBAR)*

www.asenbar.com

Introducción

Preguntas y respuestas más frecuentes en Esófago de Barrett

Cada día, son más los pacientes que acuden a la consulta del especialista de digestivo porque padecen pirosis, es decir, esa sensación de quemazón en el esófago que puede ascender hasta la garganta y a la que coloquialmente solemos referirnos como "acidez". En ocasiones, estos pacientes presentan síntomas respiratorios como afonía o carraspera e incluso cuadros asmáticos o dificultad respiratoria. Todo ello queda englobado en lo que se conoce como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). En los últimos 25 años, los países desarrollados han visto cómo el número de pacientes que presenta esta enfermedad ha ido incrementándose de forma progresiva y considerable mientras que se ha reducido el de otro tipo de enfermedades también relacionadas con el ácido.

Sabemos que la ERGE se produce por una sobre-exposición del esófago al contenido ácido del estómago y que si esta situación se mantiene en el tiempo, hasta el punto de considerarse patológica, puede llegar a provocar la aparición de lo que se conoce como Esófago de Barrett (EB). El diagnóstico del EB genera en algunos pacientes cierta alarma, pues su desconocimiento hace que inmediatamente lo asocien al adenocarcinoma de esófago. Sin embargo, el EB no es en sí mismo una enfermedad sino un estado anormal y, aunque es cierto que a largo plazo puede degenerar en un cáncer, esto sólo sucede en un pequeño porcentaje de casos.

Con esta guía práctica, pretendemos ayudar al paciente a comprender mejor en qué consiste el EB y dar respuesta a aquellas preguntas que, unas veces por falta de tiempo y otras porque no se las plantea hasta que llega a su casa tras visitar al médico, suelen quedar en el aire.

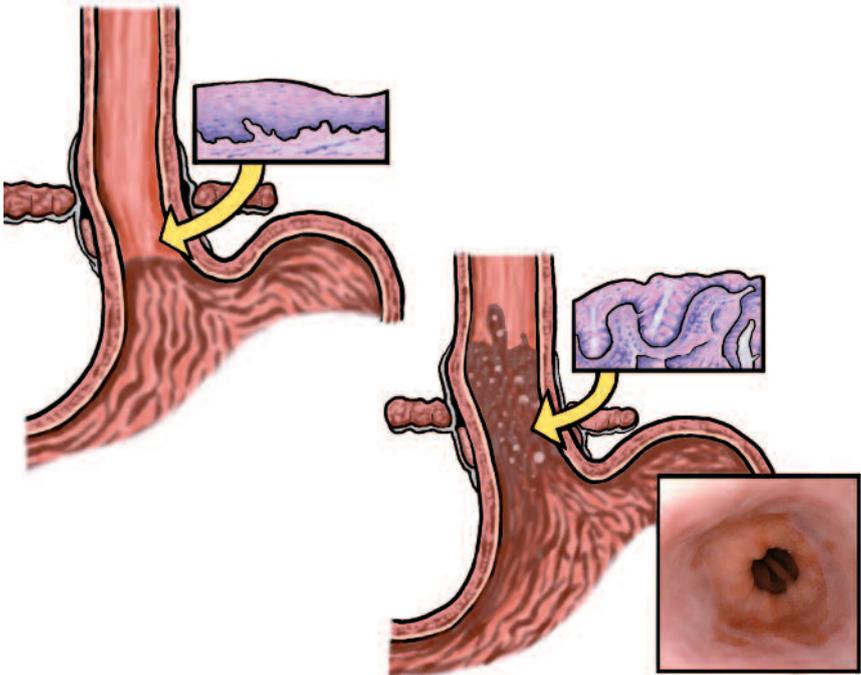
INTRODUCCIÓN

Hemos intentado que la información sea clara y entendible, pero sin dejar de explicar de forma bastante detallada aquellas cuestiones que sabemos preocupan con más frecuencia a quienes lo padecen.

Queremos agradecer a la Fundación AstraZéneca su participación en la elaboración de este proyecto y a la Asociación de pacientes de Esófago de Barrett (AsenBar) su interés en la publicación de esta guía. Esperamos que el especialista y el médico de familia la reciba con entusiasmo y le sirva en su práctica clínica en el manejo de aquellos pacientes que presenten EB.

José Miguel Esteban López-Jamar
Adolfo Parra Blanco

DEFINICIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS



■ ¿Qué es el Esófago de Barrett (EB)?

Según la definición tradicional, el EB no es una enfermedad sino una alteración en la que las células que recubren internamente el esófago (células escamosas) se ven reemplazadas por otras células denominadas columnares especializadas. Estas nuevas células no son malignas, de hecho, su aspecto es normal, lo que no lo es, sin embargo, es su localización, ya que no deberían encontrarse en el esófago sino en el estómago o en el intestino delgado.

Cuando en estas nuevas células se observan un tipo de células denominadas caliciformes, se dice que hay metaplasia intestinal. Normalmente, para hablar de EB se requiere de la existencia de metaplasia intestinal. La aparición de estas células en el esófago surge como respuesta al reflujo gastroesofágico crónico en un intento de adaptación al mismo, ya que estas células parecen ser más resistentes que las escamosas al daño que este produce.

■ ¿A qué zona del esófago afecta?

Los cambios se producen en una zona limitada a la porción inferior del esófago, aunque puede llegar a porciones más altas y, en ocasiones, su extensión total alcanza los 10 centímetros o más. Normalmente, se habla de EB corto cuando la extensión es inferior o igual a los 3 centímetros y de EB largo a partir de esa longitud.

■ ¿Por qué se produce el EB?

La causa más común es la exposición prolongada del esófago al ácido. Por eso, en pacientes con ERGE, la subida excesiva y mantenida del contenido ácido del estómago al esófago puede provocar su aparición.





■ **¿Todos los pacientes con ERGE desarrollan EB?**

No, se estima que sólo el 10% de los pacientes que presentan ERGE desarrollan, con el tiempo, un EB.

■ **¿Qué factores pueden contribuir a su aparición?**

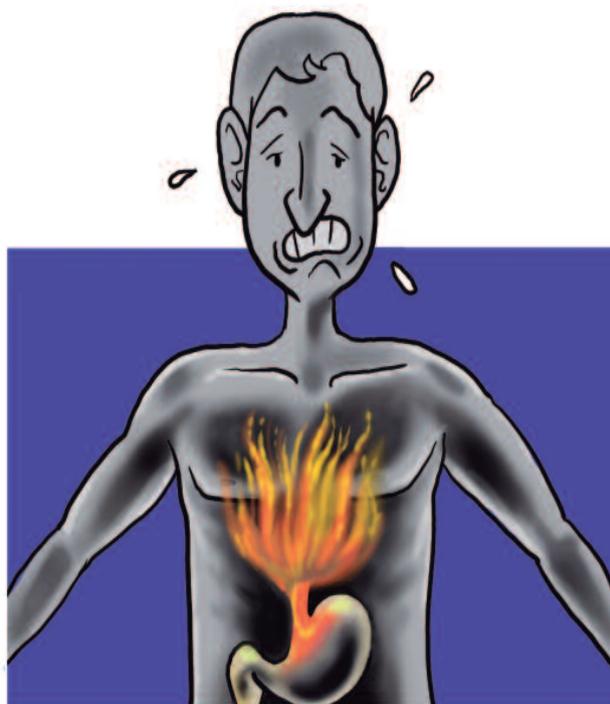
Los factores de riesgo para padecer EB son la edad avanzada, el sexo masculino, la raza blanca, la obesidad y, como ya hemos comentado, la presencia de síntomas de ERGE.

■ ¿Puede ser hereditario?

Varios estudios sugieren que aproximadamente el 5% de personas con EB poseen familiares cercanos que también lo tienen e incluso es probable que la cifra real sea algo superior, ya que en estos estudios se consideró sólo el EB largo.

Además, ante un caso de EB no suele recomendarse a los familiares la realización de una endoscopia, por lo que no se dispone de datos suficientes para conocer la verdadera frecuencia de la agregación familiar. Por tanto, aunque se desconoce con exactitud si existe un componente genético, es lógico pensar que pudiera ser así.





■ ¿Cuáles son los síntomas del EB?

El EB por sí mismo no produce sintomatología y los pacientes que acuden a su médico suelen hacerlo por síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico (ERGE) como la pirosis, el más frecuente, que consiste en una sensación de ardor o quemazón que surge del estómago y puede irradiarse por el área central del pecho, por detrás del esternón, hacia el cuello.

Otros síntomas propios de la ERGE, aunque menos frecuentes, son: la regurgitación, es decir, el paso del contenido del estómago a la boca, bien de forma espontánea bien desencadenado por determinadas posturas que aumentan la presión intraabdominal; dificultad para tragar los alimentos, e incluso, laringitis.

■ ¿Puede el EB llegar a ser una enfermedad maligna?

El EB es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico, un tipo de cáncer que está aumentando mucho su frecuencia en las últimas décadas. Sin embargo, el riesgo de que una persona con EB desarrolle este tipo de tumor es muy bajo y se estima en el 0.5% anual. Es decir, cada año, 1 de cada 200 personas con EB desarrolla un adenocarcinoma. Este riesgo es lo que ha llevado a que se recomiende una vigilancia periódica del EB mediante endoscopia y toma de biopsias para, de esta forma, poder detectar tumores en sus fases iniciales de desarrollo, cuando son más fáciles de tratar y de curar.



DIAGNÓSTICO

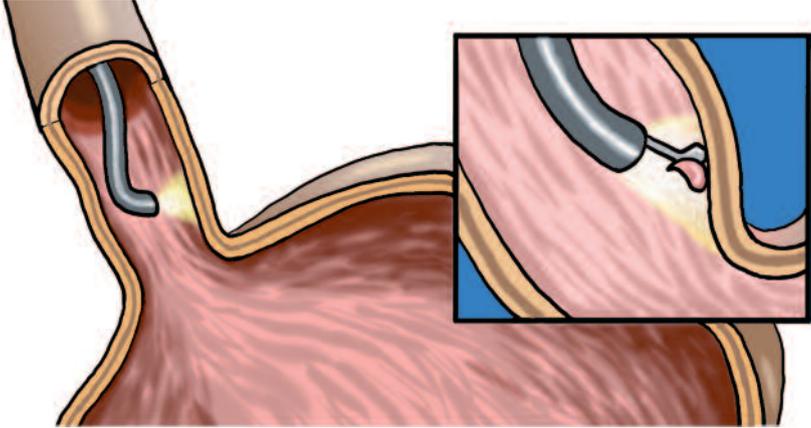


■ ¿En qué consiste el diagnóstico del EB?

El EB se diagnostica mediante endoscopia y toma de biopsias, que permiten su confirmación. Existe una línea donde se unen el revestimiento del esófago normal y el inicio del tejido del estómago, es la denominada línea Z, debido a la forma que describe esta unión, y se reconoce porque el revestimiento esofágico es blanquecino mientras que el del estómago es rosado. Esa línea, en condiciones normales, se encuentra en el cardias, que es la zona donde anatómicamente finaliza el esófago y comienza el estómago, a unos 40 centímetros desde los dientes incisivos. Podemos sospechar que existe un EB cuando dicha línea se localiza más arriba en el esófago. Además, en el EB la línea Z puede tener una forma circular o de lengüetas. Cuando la línea Z se desplaza varios centímetros, la sospecha de EB es fácil; sin embargo, en ocasiones, este desplazamiento puede ser inferior a 1 centímetro, en cuyo caso su detección resulta más compleja. Una vez que se ha establecido la sospecha de EB durante la endoscopia, se procede a la toma de biopsias.

■ ¿Es molesta la toma de biopsias?

No, la toma de biopsias no produce dolor. Ésta consiste en arrancar pequeños fragmentos, de 1 ó 2 milímetros, de la mucosa del esófago mediante una pequeña pinza que se introduce por un canal existente en el endoscopio. Posteriormente, estas muestras se envían al patólogo quien, tras un examen al microscopio, confirma o no nuestra sospecha.



■ ¿Se requiere siempre de la toma de biopsias?

Sí, es un requisito necesario para el diagnóstico de EB.

SEGUIMIENTO



■ Una vez se ha diagnosticado el EB, ¿es preciso que haya un control periódico del mismo?

En los pacientes con EB se recomienda un seguimiento mediante endoscopias periódicas y toma de biopsias. De esta forma, si apareciera un tumor, podría detectarse de manera precoz y proceder a su tratamiento lo antes posible, mejorando así su pronóstico.

■ ¿Con qué frecuencia deben realizarse las endoscopias y la toma de biopsias?

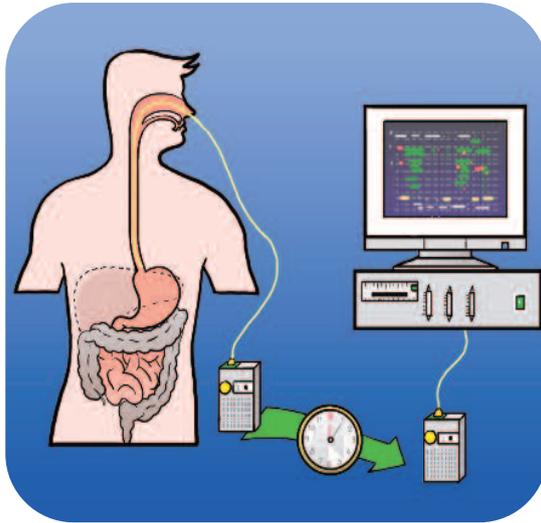
En un primer momento, se recomienda la realización de dos endoscopias consecutivas en el plazo de un año, con tomas de biopsias seriadas, es decir, 4 biopsias por cada 2 centímetros de extensión del EB.

Posteriormente, si no existe displasia (alteración de las células que puede evolucionar hacia un tumor), las endoscopias se repetirán cada 3 años. Si, por el contrario, se observa displasia, se recomienda repetir la exploración cada 6-12 meses, cuando ésta sea de bajo grado, o cada 3 meses, si es de alto grado.

■ ¿Por qué deben repetirse las exploraciones?

El objeto de realizar endoscopias periódicas es intentar detectar lesiones de displasia o de cáncer en fases precoces, cuando pueden curarse con más facilidad.





■ ¿Existe alguna técnica que pueda reemplazar a la endoscopia ?

En el momento actual, no hay ninguna prueba que pueda reemplazar a la endoscopia convencional para el diagnóstico y/o el seguimiento puesto que es la única que permite tomar biopsias y confirmar la presencia histológica de la metaplasia intestinal, la displasia o el adenocarcinoma.

No obstante, existen otras pruebas que pueden ser importantes para el estudio completo del paciente con ERGE. La pHmetría esofágica con tratamiento médico, por ejemplo, permite monitorizar la eficacia de dicho tratamiento y confirmar que el paciente con EB está correctamente tratado.

Además, diversos estudios de radiología pueden ayudar a detectar EB en pacientes con síntomas cuando hay complicaciones (úlceras, estrechez, tumores).

También se dispone de la cápsula endoscópica, una cámara en miniatura que el paciente traga y recorre todo el tubo digestivo. Ésta se usa especialmente para el estudio del intestino delgado y, últimamente, se está aplicando al del colon. Existe un modelo diseñado para el estudio del esófago, que mide 26 x 11 milímetros, y proporciona hasta 18 imágenes por segundo. Esta tecnología ha demostrado en diversos estudios que es útil para el estudio de la patología esofágica, incluyendo el EB. No obstante, aún no puede recomendarse habitualmente como sustitución de una endoscopia convencional.

TRATAMIENTO

■ ¿Influye el estilo de vida en la evolución del EB?

El objetivo fundamental del tratamiento en pacientes con EB es detener el daño que el ácido produce en el esófago. En este sentido, se ha visto que ciertos comportamientos y alimentos pueden incrementar el riesgo de reflujo ácido.

■ ¿Qué alimentos deben evitarse?

Parece que el chocolate, las comidas picantes, los fritos, los alimentos muy grasos, el café, el té, el alcohol y los zumos ácidos, como el de naranja, limón o piña, pueden empeorar el reflujo y los síntomas derivados de este. En algunas personas, se ha observado también que las bebidas carbonatadas (con gas) pueden ser perjudiciales.





■ ¿Qué otros hábitos pueden ser perjudiciales?

Entre los comportamientos que podrían empeorar el reflujo destacan: dormir la siesta inmediatamente después de la comida, cenar justo antes de acostarse o hacer comidas muy copiosas. En aquellos pacientes que tienen reflujo en posición de tumbado, se recomienda evitar estos comportamientos y no acostarse hasta que hayan pasado al menos dos horas tras la ingesta. Puede ser de utilidad elevar el cabecero de la cama hasta 20 centímetros, por ejemplo, mediante la colocación de unos tacos en las patas correspondientes. Por otra parte, fumar también puede provocar o empeorar el reflujo.

■ ¿Cuál es el tratamiento del EB?

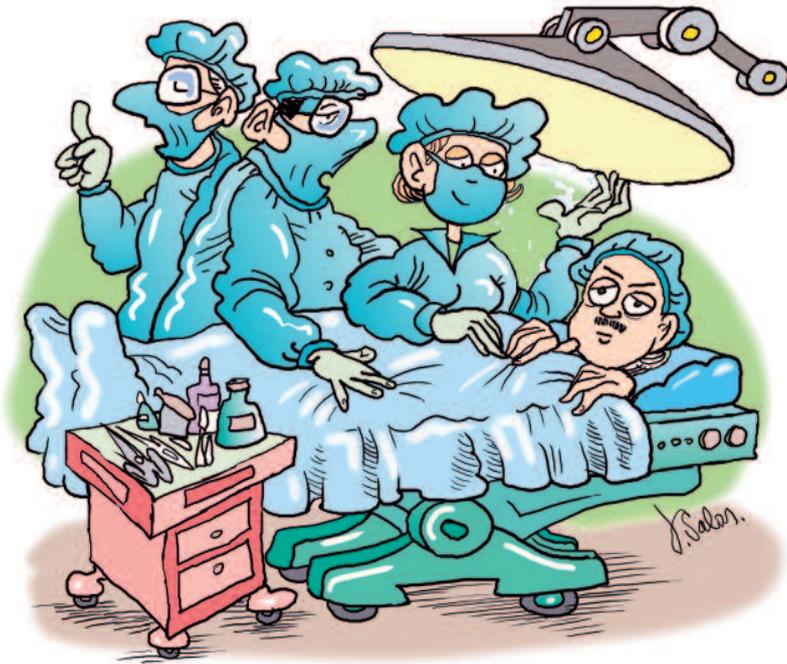
El EB no desaparece con el tratamiento médico, pero éste puede eliminar los síntomas de reflujo. Aunque existen diversos fármacos, actualmente se recomiendan, por su eficacia, los IBPs (inhibidores de la bomba de protones). El bicarbonato jamás debe emplearse para el tratamiento de los síntomas de la ERGE ya que presenta riesgos potenciales para la salud. Por su parte, los antiácidos y su asociación con alginatos mejoran los síntomas cuando estos son leves. Los fármacos denominados antiH2 son más eficaces que los antiácidos, pero menos que los IBPs para controlar los síntomas de reflujo y la esofagitis. No obstante, pueden ser usados en algunas ocasiones como complemento para conseguir la normalización del reflujo ácido o como fármaco de elección en los casos en los que no se pueden utilizar los IBPs.

■ ¿De qué IBPs se dispone actualmente y cómo deben tomarse?

Hay cinco formulaciones de IBPs disponibles. Suelen administrarse una vez al día, antes del desayuno. Cuando con estas dosis no se consigue eliminar los síntomas, se aconseja consultar con el médico para que revise la pauta de tratamiento.

En algunos casos, se asocian fármacos que incrementan la motilidad del esófago y/o del estómago, disminuyendo de esta manera el tiempo de exposición ácida del esófago distal.





■ ¿Está recomendada la cirugía en el EB?

La cirugía puede jugar varios papeles en el EB. En primer lugar, puede emplearse para tratar la ERGE. La indicación principal de la cirugía antirreflujo suele ser la necesidad de realizar un tratamiento mantenido con IBPs en gente joven y cuando estas personas prefieren someterse a una intervención quirúrgica que seguir de forma mantenida el tratamiento indicado.

En pacientes con ERGE, la cirugía muestra una eficacia comparable al tratamiento médico continuado con IBPs. También puede aplicarse cuando fracasa la medicación. La técnica quirúrgica recomendada para el control del reflujo es la funduplicatura por laparoscopia, cirugía que se realiza en los músculos de la parte baja del esófago y que permite reconstruir la barrera antirreflujo.

■ ¿Mejora el pronóstico si se opta por la cirugía en lugar del tratamiento farmacológico?

Se ha planteado la posibilidad de que la cirugía antirreflujo reduzca el riesgo de aparición de tumores en el EB, sin embargo, esto no ha podido comprobarse. Tampoco se ha demostrado que el riesgo de malignización sea menor con respecto al de aquellas personas que siguen un tratamiento mantenido con fármacos para tratar el ácido. Por ello, no debe aconsejarse el tratamiento quirúrgico sólo para prevenir el cáncer de esófago.



■ ¿Se puede hacer desaparecer por completo el EB?

En estos momentos, la cirugía es la única opción terapéutica que garantiza la eliminación del tejido de Barrett, aunque también es la alternativa más invasiva y la que se asocia a un mayor riesgo de complicaciones graves. Actualmente, no se recomienda aplicar tratamientos que eliminen el EB en ausencia de displasia de alto grado o cáncer.

■ ¿Se pueden tomar fármacos antiagregantes o anticoagulantes si se tiene EB?

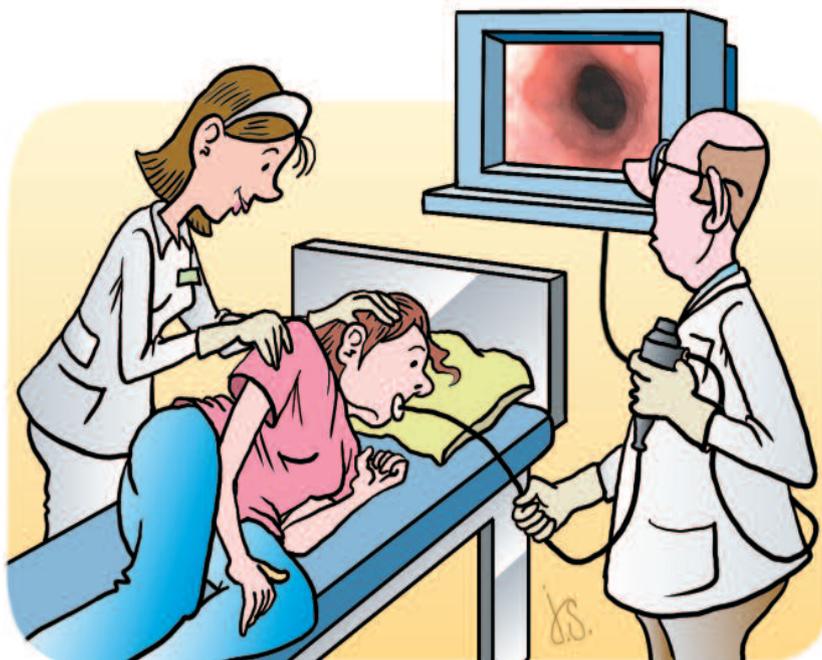
Algunas personas necesitan tomar fármacos de este tipo para prevenir o tratar problemas vasculares o cardíacos y, en ocasiones, si se tienen prótesis o válvulas cardíacas. El clopidogrel es un fármaco antiagregante cuyo efecto varía entre diferentes personas. Algunos estudios experimentales han mostrado que el empleo concomitante de IBPs, que toman muchas personas con ERGE y/o EB, con clopidogrel puede reducir significativamente su potencia antiagregante, lo cual podría suponer un mayor riesgo de desarrollar problemas trombóticos. Aunque la Agencia Americana del Medicamento, Food and Drug Administration (FDA), desaconsejó en 2009 el uso conjunto de ambos fármacos, según los resultados de un importante estudio comunicados con posterioridad, no se observan más complicaciones cardiovasculares tomando ambos fármacos y, sin embargo, sí se observa que los IBPs disminuyen el riesgo de hemorragias digestivas en las personas que toman clopidogrel. Por ello, en este momento, es muy dudoso que existan riesgos de la interacción entre ambos fármacos y son necesarios más estudios.



■ ¿Se debe suspender el tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes antes de realizar la endoscopia?

Según las recomendaciones de las sociedades científicas, como la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), la toma de biopsias se considera un procedimiento de bajo riesgo de sangrado y, por tanto, no es necesario retirar las medicaciones antiagregantes o anticoagulantes (acenocumarol).

En caso de que vaya a realizarse una endoscopia terapéutica y no sólo diagnóstica, será el médico quien decida si se debe retirar alguno de los fármacos que se estén tomando.





■ ¿Cuál es el tratamiento si aparece displasia sobre EB?

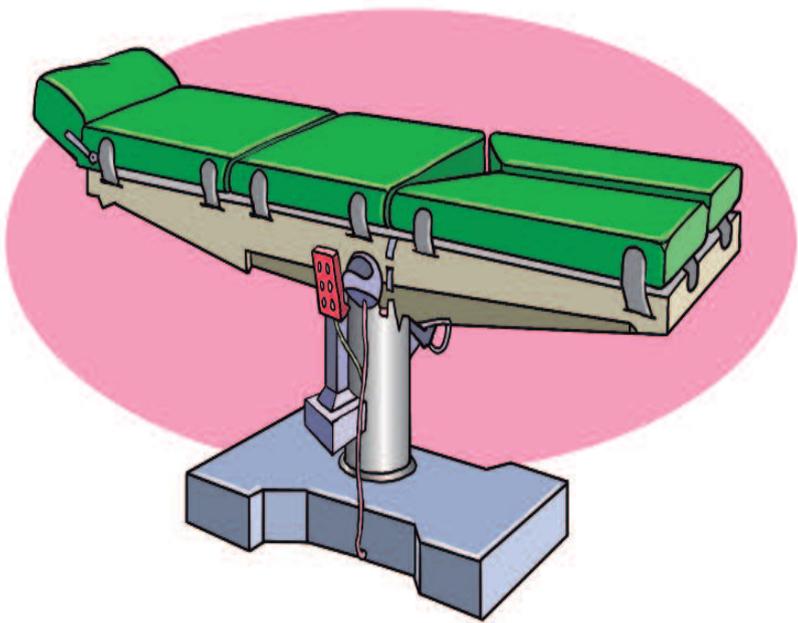
Parece que la inhibición total del reflujo ácido puede hacer desaparecer la displasia de bajo grado. Esto se explica porque en una gran proporción de pacientes que son diagnosticados de displasia de bajo grado, lo que existe realmente es una inflamación por el reflujo de ácido que produce cambios en las células difíciles de diferenciar de la displasia verdadera que progresa a tumores.

El tratamiento del reflujo ácido durante varias semanas hace desaparecer la inflamación y, por lo tanto, los cambios en las células. Es prioritario conseguir esta inhibición del reflujo ácido. Por ello, es posible que su médico le recomiende tomar IBPs en las semanas previas a una endoscopia de seguimiento, para reducir el riesgo de que las biopsias den falsos resultados de displasia. Sin embargo, la idoneidad de este abordaje no ha sido suficientemente investigada. En cualquier caso, ante un diagnóstico de displasia de bajo grado, sí se recomienda administrar IBPs a altas dosis antes de repetir la endoscopia con toma de biopsias.

■ ¿Se debe tratar la displasia de bajo grado?

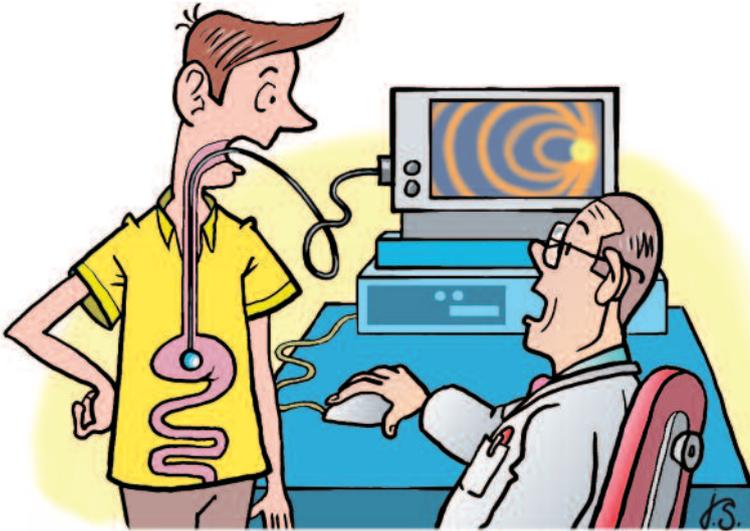
Con la aparición de la radiofrecuencia, un método relativamente sencillo y seguro para eliminar el EB, se debate si la displasia de bajo grado debería tratarse. Existen importantes estudios de seguimiento en pacientes con displasia de bajo grado que indican que cuando el diagnóstico es realmente ése (y no displasia reactiva por inflamación) y así se confirma por patólogos expertos, existe un riesgo elevado de progresión a mayores grados de displasia (displasia de alto grado, adenocarcinoma) en los años posteriores. En estos momentos, ya hay estudios en marcha para responder a esta pregunta.

En los últimos años, se han desarrollado algunas técnicas endoscópicas que pueden hacer desaparecer por completo la displasia sobre Barrett e incluso pueden proporcionar la erradicación completa de todo el EB. Si bien no es la única, parece que la ablación (eliminación del tejido) por radiofrecuencia está consiguiendo unos resultados muy buenos.



■ ¿En qué consiste la ablación por radiofrecuencia?

La radiofrecuencia es un procedimiento que suele hacerse de forma ambulatoria, por lo que no es necesario permanecer ingresado en el hospital tras su realización. Consiste en la introducción de una sonda con un balón en su extremo que se hincha y aplica calor en la pared interna del esófago. Esto se realiza con la ayuda y el control del endoscopio. De esta manera, las células del EB se desprenden. El procedimiento dura menos de una hora y, por supuesto, debe realizarse con sedación para que no sea molesto.



■ ¿Hay que repetir este tratamiento cada cierto tiempo o basta con una sola intervención?

Para eliminar todo el EB y la displasia suele ser necesario repetir el procedimiento 3-4 veces, con una separación entre sí de 3 meses, por lo que se puede tardar 1 año o algo más en completar el tratamiento. Si va a realizarlo, su médico le entregará antes una hoja de información más detallada y le explicará el procedimiento detenidamente.

■ ¿Es un tratamiento seguro?

La ablación por radiofrecuencia es un tratamiento muy seguro y, si se realiza por un equipo con el entrenamiento adecuado, el riesgo de complicaciones es muy bajo. Es habitual sentir dolor en el pecho y/o al tragar durante los 3-4 días posteriores a la intervención y en hasta un 15% de los casos aparece fiebre transitoria. Raramente, pueden ocurrir sangrado o estrecheces en el esófago, menos del 10% de los casos, o perforaciones, menos del 0,1%.

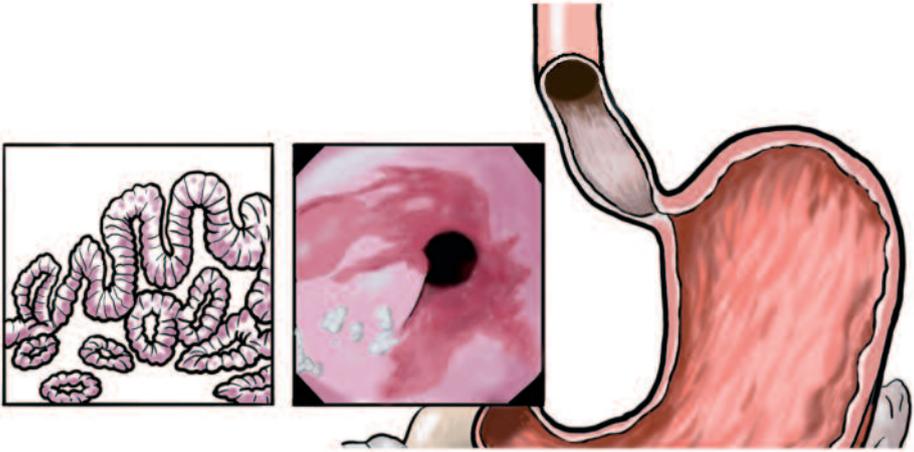
■ ¿Qué otras opciones hay además de la ablación por radiofrecuencia?

En los casos de displasia con una extensión de EB no demasiado larga, se puede también plantear la resección (extirpación) endoscópica de la misma mediante técnicas de mucosectomía endoscópica (resección endoscópica de la mucosa). Hay varias técnicas que permiten la realización de la mucosectomía, aunque, en general, ésta consiste en colocar una capucha de plástico en el extremo del endoscopio para aspirar la mucosa del esófago. Posteriormente, mediante la utilización de un asa de polipectomía (lazo de alambre) y de un electrobisturí se procede a cortar ese tejido que, una vez recuperado, se estudia con un microscopio. Esto puede realizarse tantas veces como sea necesario, hasta extirpar todo el EB. Puede tener una tasa de complicaciones considerable, por lo que es importante que el endoscopista esté bien formado para su realización.

No obstante, la mucosectomía es la técnica a emplear ante la existencia de pequeñas lesiones evidentes durante la endoscopia. Una vez analizado el tejido, y si se descarta que se trate de un carcinoma que se extienda a las capas profundas del esófago, debe aplicarse radiofrecuencia en el resto del EB para reducir el riesgo de que aparezcan nuevas lesiones de displasia o carcinoma en el futuro.

■ ¿Hay que seguir tomando tratamiento farmacológico tras los procedimientos de ablación por radiofrecuencia o de mucosectomía endoscópica?

No se puede olvidar que durante los procedimientos de mucosectomía y radiofrecuencia, será prioritario también asociar tratamiento médico que inhiba el reflujo ácido como los IBPs.



■ ¿Son la mucosectomía y la radiofrecuencia técnicas más seguras que la cirugía convencional?

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 tejido de Barrett.

Sin embargo, se trata de una técnica quirúrgica difícil, que requiere una alta preparación por el cirujano y que tiene una alta tasa de complicaciones. Lógicamente las técnicas endoscópicas de tratamiento son más seguras, porque son menos invasivas, y son eficaces siempre que se apliquen a los pacientes adecuados, es decir, debemos evitar aplicar las técnicas endoscópicas en los casos en que existen lesiones con carcinoma que comienza a infiltrar las capas profundas del esófago. En esos pacientes el tratamiento curativo sólo puede ofrecerlo la cirugía.

■ ¿Cual es el tratamiento en el caso de que se desarrolle un carcinoma sobre Barrett?

El tratamiento del carcinoma 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, a la mucosa, en cuyo caso se puede realizar tratamiento endoscópico mediante mucosectomía.

ESÓFAGO DE BARRETT Y EMBARAZO



■ ¿Influye el EB en la posibilidad de quedarse embarazada?

El hecho de padecer un EB no debería representar ninguna variación en las posibilidades de embarazo.

■ ¿Afecta el EB al embarazo?

Durante el embarazo, hay una mayor predisposición a padecer reflujo gastroesofágico. Esto ocurre porque se relaja el músculo del esfínter esofágico en la unión del esófago y el estómago, y porque aumenta la presión dentro del abdomen. Por eso, en las mujeres que ya tenían síntomas de reflujo antes del embarazo, éstos podrían hacerse más intensos y en aquellas sin síntomas previos, podrían aparecer.

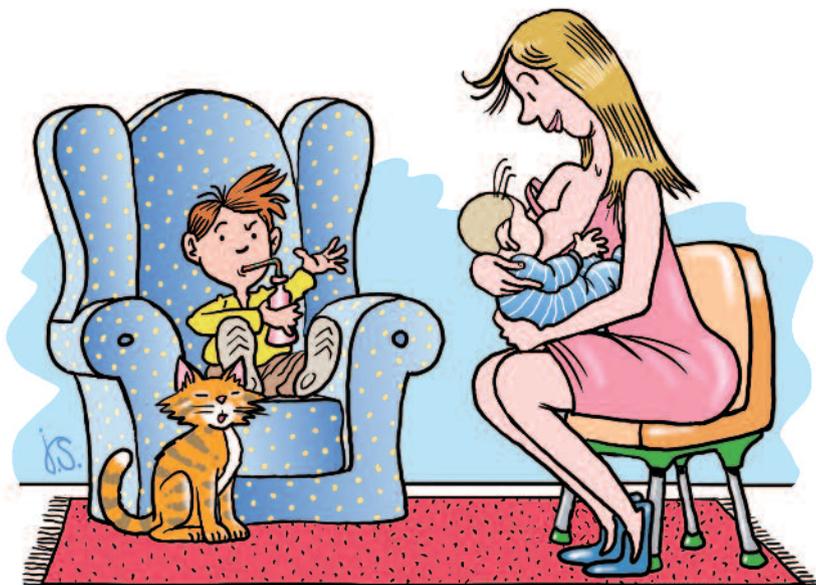
■ ¿Se puede realizar una endoscopia durante el embarazo?

En estos casos, la endoscopia conlleva algunos riesgos, tanto por la medicación sedante que se emplea como por el procedimiento endoscópico. Por lo tanto, durante el embarazo deben evitarse las exploraciones endoscópicas, para diagnóstico o tratamiento, que no sean estrictamente necesarias. Tampoco deben realizarse las endoscopias rutinarias de seguimiento del EB.

■ ¿Cómo puede tratarse el reflujo durante el embarazo?

El tratamiento de la ERGE durante el embarazo se basa en modificaciones del estilo de vida y en el uso de antiácidos. Cuando los síntomas no se controlan así, se emplea la ranitidina, que parece un fármaco seguro en el embarazo. Probablemente, los IBPs lo sean también, pero existe menos experiencia con ellos en estos casos, aunque los pocos estudios disponibles no muestran un aumento del riesgo en mujeres embarazadas.





■ ¿Se puede recurrir al tratamiento farmacológico durante la lactancia?

La mayoría de fármacos empleados para la ERGE pueden emplearse con seguridad durante la lactancia, aunque se debe consultar con el médico antes de recurrir a ellos.

Una página útil es: www.e-lactancia.org



Asociación de enfermos y familiares
de esófago de Barrett
www.asenbar.com

