



TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO DE BARRETT

Tengo esófago de Barrett, ¿voy a tener cáncer de esófago?

El riesgo de que un paciente con esófago de Barrett desarrolle un cáncer de esófago es bastante bajo, aproximadamente un 0.5% por año, por lo que no debe ser un motivo de alarma.

¿Qué tipos de tratamiento para el esófago de Barrett existen?

El tratamiento puede ser conservador, endoscópico o quirúrgico. Por otro lado se deben seguir las recomendaciones generales del tratamiento del reflujo gastroesofágico.

¿Qué tratamiento se indica en los pacientes con esófago de Barrett sin displasia?

El tratamiento erradicador tanto endoscópico como quirúrgico no puede recomendarse todavía en pacientes con esófago de Barrett sin displasia, tanto por el bajo riesgo de progresión a adenocarcinoma esofágico y la presencia de efectos secundarios post-tratamiento (10-15%), como por no existir evidencias que confirmen que la erradicación del tejido metaplásico y la consiguiente protección frente al desarrollo de adenocarcinoma esofágico se mantienen en el tiempo. En estos casos lo indicado es el seguimiento endoscópico según protocolo.

¿Qué tratamiento se indica en los pacientes con esófago de Barrett con displasia de bajo grado?

En el caso de la displasia de bajo grado, el principal problema es la dificultad para verificar el diagnóstico y que presenta una baja tasa de progresión hacia displasia de alto grado o adenocarcinoma, por lo que los tratamientos invasivos no están recomendados en general en estos pacientes tampoco y se sigue recomendando el control eficaz del reflujo gastroesofágico y el seguimiento endoscópico protocolizado.

¿Qué tratamiento se indica en los pacientes con esófago de Barrett con alto grado de displasia o adenocarcinoma?

En caso de progresión hacia displasia de alto grado o adenocarcinoma se procedería a tratamientos invasivos endoscópicos o quirúrgicos.

¿Qué tratamiento quirúrgico es el indicado?

La esofagectomía ha sido tradicionalmente el tratamiento recomendado para los pacientes con displasia de alto grado o adenocarcinoma, es el tratamiento mas definitivo pero con elevado riesgo de mortalidad y secuelas. La estancia media tras una esofagectomia abierta es de unas 2 semanas. Además hay que incluir las complicaciones a medio y largo plazo.

¿Qué papel tiene la esofagectomia en este momento?

El desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas han relegado la esofagectomía a un segundo plano en pacientes con displasia de alto grado o adenocarcinoma intramucoso, ya que la terapéutica endoscópica ha demostrado ser un tratamiento seguro y eficaz en la erradicación de estas lesiones, reservándose la esofagectomía prácticamente solo para pacientes con adenocarcinoma invasor.

¿Cómo se decide el tratamiento mas adecuado?

La decisión del abordaje terapéutico mas adecuado debe ser individualizado según edad, comorbilidades asociadas, opinión del paciente y expectativas de vida, de modo que en pacientes ancianos o en pacientes con limitadas expectativas de vida puede ser preferible el tratamiento endoscópico o incluso el manejo conservador, que la esofagectomía.

¿Qué modalidades de tratamiento endoscópico están disponibles?

Existen dos modalidades de tratamiento endoscópico en el esófago de Barrett; por un lado están las técnicas ablativas como la radiofrecuencia que erradica el epitelio metaplásico mediante el uso de energía térmica; y en segundo lugar la resección mucosa endoscópica que consiste en “cortar” la lesion mediante el uso de un asa de diatermia o disectores endoscópicos.

¿Qué inconvenientes tienen las técnicas ablativas?

Los principales inconvenientes de las técnicas ablativas es que destruyen el tejido pero no permiten la obtención de muestras para estudio histológico y la posibilidad de dejar “enterrado” bajo el nuevo epitelio escamoso focos de metaplasia que se escapan a la visualización endoscópica.

¿Son todas las técnicas ablativas iguales?

Existen varias técnicas ablativas pero la mas utilizada últimamente es la ablación por radiofrecuencia. La terapia fotodinámica da buenos resultados pero tiene como efecto secundario una fotosensibilidad que se mantiene 4-6 semanas por lo que es de difícil aplicación en nuestro país. La crioblación y

coagulación con argón plasma son técnicas ablativas no recomendadas en la actualidad.

¿En que consiste la resección endoscópica?

Consiste en la eliminación de la mucosa utilizando un asa de diatermia o un bisturí endoscópico. Está especialmente indicado en los casos de esofago de Barrett con displasia de alto grado con irregularidades o elevaciones visibles endoscópicamente en la mucosa metaplásica y en los casos de adenocarcinoma intramucoso.

¿Las técnicas endoscópicas son excluyentes entre si?

No, de hecho se suele combinar la resección endoscópica con el tratamiento ablativo del resto de la mucosa metaplásica no resecada.

¿Una vez eliminado el esófago de Barrett hay que hacer seguimiento posterior?

Aunque se consiga resecar toda la mucosa metaplásica el paciente debe continuar la vigilancia endoscópica para evitar la recurrencia del esófago de Barrett.

Dr. Francisco García Fernández

Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo.

Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)