

CARRERA DE MEDICINA

**Nombre del Ensayo**

ESÓFAGO DE BARRETT

**Autor**

ADRIANA LISETTE CATOTA

**Curso & Paralelo**

CUARTO A

**Asignatura**

FISIOPATOLOGÍA

**Fecha**

10 de febrero de 2018  
Manta- Manabí - Ecuador



## **INTRODUCCION**

La enfermedad conocida como Esófago de Barrett es una condición anormal en la cual un epitelio de tipo intestinal reemplaza al epitelio escamoso estratificado que normalmente se localiza en el esófago distal cuyo resultado es una lesión grave de la mucosa esofágica y cuya importancia radica en que esta patología se puede convertir o evolucionar hacia un adenocarcinoma esofágico.

En la actualidad se desconoce una etiología exacta que pueda ser la desencadenadora de la enfermedad, pero tiene una vinculación o está muy relacionada con la enfermedad crónica por reflujo gastroesofágico de la cual se sospecha resultaría la etapa final de la evolución de ésta enfermedad, también se la ha asociado con el tabaquismo y el consumo de alcohol de más de 50gr a la semana.

En el desarrollo del presente ensayo se busca recopilar toda la información presente hasta la actualidad para brindar una nueva visión sobre la fisiopatología de ésta enfermedad, y los factores de riesgo involucrados en la aparición de la misma, su posible etiología debido a que aún no se establece la causa exacta, sino sólo factores asociados, y sus tratamientos utilizados en los pacientes, aunque es una enfermedad no tan común en la población mundial y en la población ecuatoriana, vi la necesidad de narrar este ensayo exponiendo la importancia de que ésta sea diagnosticada a tiempo para evitar que se convierta a futuro en una enfermedad de carácter maligno, cobrando así la vida del paciente.

## **INTRODUCTION**

The disease known as Barrett's esophagus is an abnormal condition in which an intestinal epithelium replaces the stratified squamous epithelium that is normally located in the distal esophagus, which results in a serious lesion of the esophageal mucosa and whose importance lies in the fact that this pathology it can be converted or evolved into an esophageal adenocarcinoma.

At present, an exact etiology that could be the trigger of the disease is unknown, but it has a link or is closely related to the chronic disease due to gastroesophageal reflux, which is suspected to be the final stage of the evolution of this disease. it has been associated with smoking and alcohol consumption of more than 50g per week.

In the development of this essay, we seek to compile all the information present to date to provide a new vision about the pathophysiology of this disease, and the risk factors involved in the appearance of it, its possible etiology due to the fact that it has not yet establishes the exact cause, but only associated factors, and their treatments used in patients, although it is a not so common disease in the world population and in the Ecuadorian population, I saw the need to narrate this trial exposing the importance of it being diagnosed in time to prevent it from becoming a malignant disease in the future, thus charging the patient's life.

# ESÓFAGO DE BARRET

El Esófago de Barret (EB) es una enfermedad adquirida que se presenta cuando el epitelio escamoso estratificado del esófago es reemplazado por un epitelio columnar con células caliciformes o también conocida Metaplasia intestinal especializada, es decir, la mucosa esofágica normal se sustituye por una mucosa metaplásica, siendo ésta su principal característica, además, ésta metaplasia<sup>1</sup> con un gran potencial oncogénico predispone a que se desarrolle un adenocarcinoma de esófago (Ramírez y Fluxá 2015). Ésta condición se da como resultado de un daño crónico del epitelio esofágico debido a una ERGE<sup>2</sup> (Palomo Hoil, y otros 2016).

## **Patogenia**

La sucesión de acontecimientos que conducen al desarrollo de una Metaplasia intestinal esofágica requiere de una predisposición genética asociada a una exposición ambiental, los cambios metaplásicos que en esta enfermedad ocurren alegan a una respuesta protectora de la mucosa esofágica frente a la injuria tisular provocada por el incremento del reflujo de ácido o bilis hacia el esófago, debido a que las células columnares productoras de moco protector son más capaces de soportar el ácido en el RGE que las propias del epitelio. El reflujo provoca alteraciones en el momento de la expresión de los factores de transcripción lo que conduce a la transformación de las células escamosas en células columnares o bien a la transformación de las células madre escamosas a células columnares (Ramírez y Fluxá 2015).

Uno de los criterios también aceptados en la actualidad es que el epitelio metaplásico se originaría a partir de las células madre pluripotenciales que se sitúan en el estrato basal del epitelio escamoso denudado y tienden a diferenciarse en una variedad de fenotipos celulares según cual sean las características dominantes del estímulo, cuando es predominante el fluido ácido la forma de la Metaplasia se orientará hacia una mucosa gastrosimil con el fin de conferirle resistencia, pero, cuando el fluido es predominantemente biliar la Metaplasia hacia una línea celular de tipo intestinal con el mismo propósito que el caso anterior, hay ocasiones que las que se presenta el

---

<sup>1</sup> Proceso reversible en el cual una célula adulta es reemplazada por otra célula adulta

<sup>2</sup> Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

fluido mixto donde el revestimiento esofágico adquiriría un patrón histológico en mosaico presentando ambos componentes celulares (Cardoza y Dib 2013).

El epitelio patológico columnar especializado tiene presencia de células caliciformes que no se parecen a ningún tipo gástrico, sino más bien con características del epitelio intestinal, microscópicamente se puede observar alteraciones del ADN que predispone a transformarse en una enfermedad maligna, estas alteraciones han sido clasificadas en tres categorías que son: EB con displasia<sup>3</sup>, EB con displasia de bajo grado y EB con displasia de alto grado. En EB la displasia se limita a la mucosa sin cruzar la membrana basal, si esta se extiende hasta más allá de la membrana basal hasta la lámina propia por la red linfática entrante recibe el nombre de adenocarcinoma intramucosal, en tanto que, cuando invade la capa muscular de la mucosa recibe el nombre de adenocarcinoma invasivo, por lo tanto, el presentar la enfermedad predispone también a sufrir de un adenocarcinoma (Cardoza y Dib 2013).

En función de la extensión de la Metaplasia intestinal por encima de la unión gastroesofágica el EB se puede clasificar en dos categorías: 1) EB de segmento largo si la medida del epitelio intestinal es mayor de 3 cm y EB de segmento corto si es menor de 3 cm, si bien es cierto que ya sea la Metaplasia larga o corta ambos comparten las mismas alteraciones patogénicas. (Cardoza y Dib 2013).

## **Etiología**

Es de suma importancia conocer la etiología de la enfermedad debido a que así podremos suprimir o evitar los factores predisponentes para impedir el desarrollo de la EB y en último caso lograr disminuir su extensión para que ésta no progrese hacia una transformación maligna o en el mejor de los casos lograr su regresión. Se conoce que el EB es un proceso adquirido relacionado con el reflujo gastroesofágico, aunque se ha manifestado que existen otros factores de riesgo relacionados con el mismo, los cuales son el tabaquismo y el consumo de 50 gr de alcohol por semana (Cardoza y Dib 2013).

---

<sup>3</sup> También conocida como neoplasia intraepitelial, es la expresión histológica de alteraciones genéticas que favorecen el crecimiento regular no regulado, se reconoce por ano

## **Diagnóstico**

Los pacientes con EB no poseen una clínica propia, siendo los síntomas que presentan los mismos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico o los de sus complicaciones. Además, se estima que hasta un tercio de los pacientes con EB no han presentado síntomas al momento del diagnóstico. Para realizar el diagnóstico deben cumplirse dos criterios, endoscópico e histológico, de acuerdo a lo establecidos por la Asociación Americana de Gastroenterología. El primero de ellos es la observación endoscópica del desplazamiento de la unión escamo columnar en sentido proximal en el esófago distal. Endoscópicamente el epitelio columnar es de color rojizo y posee un aspecto aterciopelado en contraste con el epitelio escamoso que es de coloración blanquecino y brillante. La yuxtaposición de ambos epitelios constituye la unión escamo columnar que es la llamada línea Z.

La unión gastroesofágica (GEJ) es una línea imaginaria donde anatómicamente termina el esófago y comienza el estómago. Desde un punto de vista práctico se la puede definir en el nivel más proximal donde comienzan los pliegues gástricos. De esta manera, cuando la unión escamo-columnar migra en sentido proximal y no coincide con la GEJ queda un segmento entre ambas de epitelio columnar a nivel esofágico. El segundo criterio diagnóstico es el estudio anatomopatológico de las biopsias obtenidas de este segmento. Si informa sobre la existencia de un epitelio intestinal especializado con presencia de células caliciformes ausentes en los epitelios gástrico y esofágico, que se tiñen con azul de Alcian o son positivas con la técnica de PAS, entonces se puede realizar el diagnóstico de EB. Si bien no está universalmente aceptado, para aumentar la sensibilidad diagnóstica se recomienda tomar múltiples biopsias, debido a que el epitelio intestinal muchas veces no se distribuye uniformemente en el epitelio columnar. Es por esto que el grupo de trabajo de la AGA recomienda tomar biopsias de los 4 cuadrantes, iniciándose a la altura del borde proximal de los pliegues gástricos y ascendiendo cada 2 cm hasta la unión escamo columnar (González, Parra Blanco y Henry 2012).

## **Tratamiento**

Los objetivos del tratamiento del EB son controlar los síntomas de la ERGE en caso de estar presentes, evitar la progresión hacia el adenocarcinoma y realizar el tratamiento de la displasia. Esto incluye: 1) el tratamiento antirreflujo farmacológico o

quirúrgico, y 2) las técnicas endoscópicas respectivas y ablativas de la mucosa metaplásica que son las resecciones endoscópicas del epitelio metaplásico (EMR) y las terapias ablativas de la mucosa utilizando distintas técnicas.

### **Terapias ablativas de la mucosa metaplásica**

El término ablación define el retiro o remoción de un tejido o parte de él mediante el uso de técnicas térmicas o fotodinámicas. Se implementan como una alternativa terapéutica al tratamiento quirúrgico en pacientes portadores de EB con HGIN o carcinoma intramucoso. En la actualidad existen grupos en que los que el tratamiento de la HGIN y de los cánceres precoces de esófago no es quirúrgico en primera instancia, obteniéndose buenos resultados mediante el uso de terapias ablativas según trabajos bien diseñados como el del grupo de Schnell. De las diferentes técnicas ablativas disponibles, las más utilizadas con esta finalidad son la terapia fotodinámica (PDT) y la coagulación con gas argón (APC). Hace poco se ha incorporado la terapia con radiofrecuencia, que aparentemente brinda grandes beneficios. La razón por la cual se aplican estos procedimientos es intentar remover el epitelio metaplásico para que posteriormente se reepitelice con epitelio pluriestratificado, evento que se logra según distintas series en 75% a 100% de los casos, en especial en el EB de segmento corto (González, Parra Blanco y Henry 2012).

#### **Ablación por radiofrecuencia.**

El uso de la ablación por radiofrecuencia fue descrito por primera vez por Ganz y col.<sup>85</sup> Emplearon un catéter de ablación montado en un balón y activado mediante un generador externo. Existe una placa con múltiples microelectrodos en la superficie del balón. El balón se emplea para tratar el EB circunferencial y extenso, mientras que el catéter tipo placa se emplea para tratar las zonas residuales, o áreas de pequeño tamaño o islotes. Empleando estos catéteres se consigue erradicar la displasia leve, grave y el epitelio metaplásico en 90%, 81%, y 77% de los casos, respectivamente, con una menor progresión a cáncer que en un grupo control.

Esta técnica se considera muy segura, con una tasa de perforaciones nula en la mayoría de las series y con una incidencia de estenosis baja. Es muy importante resaltar que con esta técnica se erradica el EB tanto macroscópica como

microscópicamente, ya que en solo menos del 0,1% de las biopsias tomadas de la mucosa neo escamosa en el seguimiento se detectaron glándulas enterradas. La estrategia para el tratamiento de la displasia en el EB con esta técnica consiste en la extirpación mediante mucosectomía de las lesiones evidentes, seguida de la erradicación con radiofrecuencia del resto del epitelio de Barrett una vez que ha curado la escara del tratamiento de resección (González, Parra Blanco y Henry 2012).

## **CONCLUSIÓN**

El Esófago de Barrett es una patología que resulta como consecuencia de un cambio de la mucosa esofágica normal con una mucosa esofágica metaplásica como resultado final de una ERGE, aunque también ha sido asociada al tabaquismo y al alcoholismo en la cantidad de más de 50 gr por semana, cuando esta patología no es tratada a tiempo puede convertirse en un adenocarcinoma maligno.

Siempre se debe tomar en cuenta realizar el diagnóstico correspondiente para poder brindar al paciente el tratamiento necesario para que la enfermedad deje de progresar o en el mejor de los casos se logre su regresión completa, los métodos de diagnóstico como la endoscopia con eficaces y se ha considerado como el mejor tratamiento de mano la ablación con radiofrecuencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cardoza , Johan, y Jacobo Dib. «SCIELO - Revista de la sociedad venezolana de gastroenterología.» *Esófago de Barrett.* 2013. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.scielo.org.ve/pdf/gen/v67n1/art11.pdf> (último acceso: 10 de febrero de 2018).
- González, Nicolás, Adolfo Parra Blanco , y Cohen Henry. «Barrett.» *Revista de gastroenterología latinoamericana* . 4 de diciembre de 2012. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.redalyc.org/pdf/1993/199325428013.pdf> (último acceso: 10 de febrero de 2018).
- Palomo Hoil, René Augusto, Alberto Farca Belsaguy, Diego Angulo Molina, y Paola Ramírez . «Medigraphic.» *Ablación con Radiofrecuencia del esófago de Barrett con displasia de alto grado.* 13 de septiembre de 2016. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc163m.pdf> (último acceso: 10 de febrero de 2018).
- Ramírez , Antonieta, y Fernando Fluxá. «Revista Médica Clínica Condes.» *Esófago de Barrett: Revisión de la Literatura.* 2015. [file:///C:/Users/Adriana%20Catota/Downloads/S0716864015001200\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Adriana%20Catota/Downloads/S0716864015001200_S300_es.pdf) (último acceso: 10 de febrero de 2018).