



Cómo comprender el esófago de Barrett

MEJORANDO LA SALUD
DEL APARATO DIGESTIVO
A TRAVÉS DE LA
EXCELENCIA ENDOSCÓPICA



¿Qué es el esófago de Barrett?

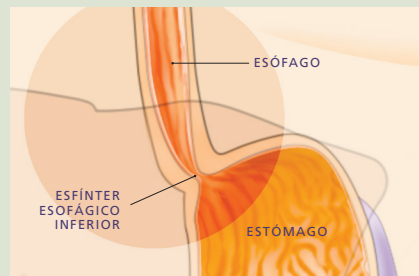
El esófago de Barrett tiene lugar cuando el revestimiento del **esófago** cambia y se torna en algo más parecido al revestimiento del **intestino delgado**. Este cambio ocurre justo por arriba del área donde el esófago se une con el estómago.

Los expertos creen que el esófago de Barrett es causado por la inflamación crónica relativa a la enfermedad por reflujo gasotresofágico (GERD por su sigla en inglés). El esófago de Barrett es más común en personas que han tenido GERD por un largo período de tiempo o que la han desarrollado a una edad temprana. La frecuencia o intensidad de los síntomas de GERD, como la acidez, no afecta la probabilidad de que alguien desarrolle esófago de Barrett.

La mayoría de los pacientes con esófago de Barrett no desarrollan cáncer. Pero en algunos pacientes se desarrollará un cambio precanceroso en el tejido llamado **displasia**. Este cambio precanceroso tiene más probabilidades de convertirse en cáncer esofágico.

Para diagnosticar el esófago de Barrett, deben tomarse **biopsias** (muestras de tejidos) durante una endoscopia para descubrir si ha habido un cambio en el recubrimiento del esófago.

El esófago de Barrett ocurre en el área donde el esófago se une con el estómago.



¿Corro riesgo de sufrir cáncer esofágico?

El esófago es el tubo muscular que lleva los alimentos y los líquidos de la boca al estómago. Existen dos tipos principales de cánceres que pueden ocurrir en el esófago:

- adenocarcinoma
- carcinoma escamocelular

El **adenocarcinoma** del esófago está aumentando en Estados Unidos. Esta forma de cáncer ocurre con más frecuencia en personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD) y esófago de Barrett. También es más común en hombres caucásicos con exceso de peso. El síntoma más común de la GERD es la acidez. La acidez ocurre por lo menos dos veces a la semana en 20% de los adultos estadounidenses. Las personas que tienen GERD tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer esofágico, pero la mayoría de ellos nunca lo desarrollan.

En aproximadamente el 10 al 15% de los pacientes con GERD ocurre un cambio en el revestimiento del esófago cerca del área donde se unen el esófago y el estómago. Cuando esto sucede, la afección se llama esófago de Barrett. Los médicos creen que el adenocarcinoma del esófago comienza como esófago de Barrett.

El **carcinoma escamocelular** es otro cáncer del esófago que ocurre con más frecuencia en personas que fuman cigarrillos, consumen tabaco y beben alcohol. El carcinoma escamocelular no está relacionado con la GERD ni con el esófago de Barrett.

¿Quiénes deben realizarse análisis de detección de esófago de Barrett?

El esófago de Barrett es dos veces más común en hombres que en mujeres. Tiende a ocurrir en hombres blancos de mediana edad que han tenido acidez por muchos años. En general, los

pacientes deben ser analizados si son mayores de 50 años y han tenido acidez significativa o han tenido que tomar medicamentos regularmente por largo tiempo para controlar la acidez.

Si la primera prueba de detección no encuentra tejido del esófago de Barrett, entonces no hay necesidad de repetir la prueba. Existen muchas investigaciones en curso en esta área. Consulte a su médico sobre las más recientes recomendaciones para pruebas.

¿Cómo realiza mi médico las pruebas de detección del esófago de Barrett?

Su médico primero realizará una endoscopia superior para ver si existe esófago de Barrett. Durante una endoscopia superior, el médico pasa un tubo fino y flexible, llamado endoscopio, a través de su boca y hasta el esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado). La punta del endoscopio tiene una cámara y una luz que muestra imágenes en un monitor de video. Esto permite al médico ver si existe algún cambio anormal en el revestimiento del esófago.

El esófago de Barrett se ve diferente al revestimiento normal del esófago. Puede verse durante una endoscopia. Si su médico sospecha que existe tejido con esófago de Barrett, entonces se tomarán biopsias (muestras de tejido) para confirmar el diagnóstico. Estas muestras de tejido también serán examinadas para detectar células anormales, lo que se llama displasia, que no puede determinarse únicamente a través de una endoscopia.



Tomar biopsias del esófago hace que el procedimiento sea un poco más largo, pero no duele y rara vez causa complicaciones. Su médico generalmente puede informarle sobre los resultados preliminares de la endoscopia después del procedimiento, pero deberá esperar algunos días los resultados de la biopsia.

¿Qué es la displasia?

Cuando se observan cambios anormales en las células de las biopsias bajo un microscopio, se denomina displasia. En el esófago de Barrett, la displasia se diagnostica con biopsias realizadas durante una endoscopia superior. La displasia aumenta el riesgo de desarrollar cáncer esofágico.

La displasia generalmente se describe como "de alto grado", "de bajo grado" o "indefinido (indeterminado) para displasia".

- En la **displasia de alto grado**, los cambios y patrones de crecimiento anormales se ven en muchas de las células.
- **Displasia de bajo grado** significa que existen algunos cambios anormales en pocas de las células vistas, pero que su patrón de crecimiento aún es normal.
- **Indefinido (o indeterminado) para displasia** significa que los cambios anormales vistos en el tejido podrían ser causados por displasia, inflamación o hinchazón.

En el esófago de Barrett sin displasia el riesgo de cáncer es muy bajo. Solo aproximadamente 1 de cada 500 personas por año (o 0.2%) desarrollarán cáncer.

Este riesgo aumenta para pacientes con displasia de bajo grado (2 de cada 500 personas por año) o con la displasia de alto grado (25 de cada 500 personas por año).

Si se encuentra displasia, su médico podría recomendar uno de los siguientes:

- a) endoscopias más frecuentes;
- b) un procedimiento que intente destruir o eliminar el tejido de Barrett;
- c) cirugía para el esófago.

Su médico le recomendará una opción basada en qué tan avanzada sea la displasia y en su condición médica general.

Si tengo esófago de Barrett sin displasia, ¿con qué frecuencia debo realizarme una endoscopia?

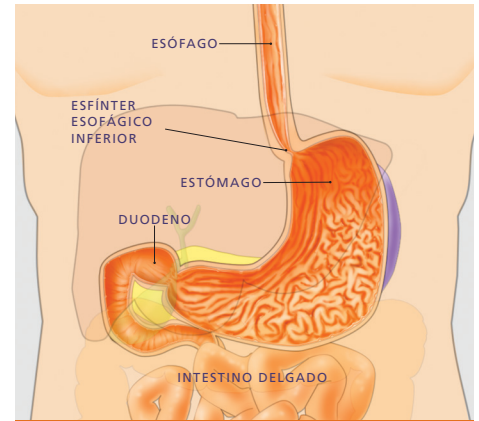
El riesgo de que se desarrolle cáncer esofágico en pacientes con el esófago de Barrett depende de si existe alguna displasia presente en las muestras de tejido que se toman. El diagnóstico de esófago de Barrett no debería ser razón de alarma, pero podría ser una razón para realizar endoscopias superiores periódicas con biopsia del tejido de Barrett.

Si tiene esófago de Barrett y sus dos primeras endoscopias con biopsia (realizadas con aproximadamente un año de diferencia) no muestran displasia, entonces debe repetirse la endoscopia superior cada tres a cinco años.

Si su biopsia muestra displasia, entonces su médico realizará otras recomendaciones con respecto a los siguientes pasos.

¿Cómo se trata el esófago de Barrett con displasia?

Los medicamentos pueden controlar de forma eficaz los síntomas de GERD, pero no pueden revertir la presencia del esófago de Barrett ni eliminar el riesgo de cáncer. Existen algunos tratamientos endoscópicos quirúrgicos disponibles para el esófago de Barrett con displasia.



En una endoscopia superior, el médico pasa un tubo fino y flexible, llamado endoscopio, a través de su boca y hasta el esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado).

Los tratamientos endoscópicos incluyen la destrucción del tejido aplicando calor (como ablación por radiofrecuencia o ARF) o energía fría (crioterapia) o extirpando el tejido de Barrett anormal (resección endoscópica de la mucosa o REM). Aunque son poco comunes, existen posibles riesgos causados por estos tratamientos, como un estrechamiento del esófago, hemorragia y perforación (un orificio o desgarro en el revestimiento del esófago).

Hable sobre estos tratamientos con su gastroenterólogo para saber si es candidato a ellos. Se están realizando muchas investigaciones sobre este tema. Habla con su médico acerca de las recomendaciones y pautas más recientes.

Recordatorio importante: Esta información tiene como único fin proporcionar pautas generales. No ofrece una opinión médica definitiva. Es muy importante que consulte con su médico acerca de su enfermedad específica.



Desde su fundación en 1941, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE, por sus siglas en inglés) se ha dedicado al fomento de la atención de los pacientes y de la salud digestiva mediante la promoción de la excelencia en la endoscopia gastrointestinal. Esta información es provista por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal y refleja su opinión.

La endoscopia gastrointestinal ayuda a los pacientes durante el examen, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades digestivas. Para enterarse de cómo apoyar la investigación endoscópica GI, la educación y la divulgación pública a través de una donación a la Fundación ASGE, visite www.asge.org.

Para obtener más información, visite www.asge.org o www.screen4coloncancer.org

Copyright © 2014 American Society for Gastrointestinal Endoscopy