

Esófago de Barrett y displasia de alto grado ¿Resección quirúrgica temprana o resección endoscópica?

J M Bordas

La incidencia de cáncer de esófago está aumentando y es posible que esto se relacione con el RGE y, en especial con el reflujo biliar. La prevalencia de E de Barrett y de metaplasia intestinal cardial es de más de 10% en algunas series aunque su prevalencia puede ser muy superior en base a datos obtenidos en el condado de Olmsted. Estos datos sugieren que la población con riesgo de padecer cáncer de esófago en relación al reflujo puede ser muy superior a la sospechada. La incidencia de cáncer de esófago en E de Barrett en series prospectivas oscila entre 1/52 y 1/208. Se conoce también que existen muchos marcadores de biología molecular que permiten conocer la presencia de alteraciones cromosómicas que condicionan el desarrollo de cáncer de esófago. Algunos de estos cambios como la presencia de P 53 se está presente en los pacientes que progresarán a cáncer de esófago en el E de Barrett. Algunos cambios detectables en biología molecular pueden tener una traducción macroscópica accesible por endoscopia. Si utilizamos métodos más precisos para observar las zonas habituales, podemos descubrir que son bastante más complejas de lo que hasta ahora pensábamos y, que por lo tanto es necesario actualizar nuestros conocimientos, especialmente en la zona de la unión gastro-esofágica.

Hace unos pocos años se consideraba que el esófago de Barrett era la metaplasia intestinal de más de 3 cm de altura. Sin embargo actualmente se considera el E. de Barrett corto e incluso la metaplasia intestinal a nivel de región cardial.

Los objetivos de la endoscopia actual son establecer los patrones que permitan el diagnóstico de las alteraciones mucosas con riesgo de degeneración, determinar con que secuencia se producen y establecer tratamientos que puedan aplicarse con seguridad.

La unión GE es un área mucho más compleja de la que hasta ahora, con los medios de que disponíamos, sospechábamos. La tecnología de que disponemos actualmente facilita la detección de estas mínimas alteraciones cuyo significado está por valorar en un próximo futuro, pero que ya se sabe que se correlaciona con características moleculares de la mucosa y que mediante determinadas tecnologías endoscópicas ya

pueden ponerse de manifiesto. La alta definición es una de ellas, pero la tinción vital y la instilación de ácido acético son otras tecnologías que facilitan el diagnóstico de estas alteraciones mínimas de la mucosa. Si la tinción la asociamos a la magnificación mejoramos las posibilidades de la exploración endoscópica. La relación entre sensores de alta definición y magnificación es fácil de entender. Ambas permiten un mejor estudio de la mucosa y permiten evidenciar lesiones que de otra manera podrían pasar desapercibidas.

En el E. de Barrett ya existen clasificaciones que permiten valorar cambios que se correlacionan bien con la presencia de MI y displasia aunque la precisión de estas clasificaciones necesitan mejorar.

En el momento actual sigue vigente el protocolo establecido de vigilancia del E de Barrett, aunque existen cuestiones sin respuesta y programas de investigación para mejorar.

En el tratamiento existen distintos métodos para tratar el E de Barrett cuando presenta displasia de alto grado. Sin embargo la experiencia es limitada en casi todos ellos siguiendo el patrón la cirugía. La mucosectomía va ganando terreno tanto como método de estadificación como para tratamiento en tumores superficiales. La APC, a terapéutica fotodinámica y la radiofrecuencia son métodos alternativos con experiencia limitada y que aun generan dudas sobre su aplicabilidad generalizada.