

Imagen del mes

Fernando Fluxá G.¹

Image of the month

Paciente de 66 años, con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) hace 15 años, en tratamiento con inhibidor de bomba de protones (IBP) en forma intermitente de acuerdo a síntomas. Además, hipertensión arterial en terapia regular con enalapril y apnea del sueño con indicación de baja

de peso, sin otras medidas adicionales.

Desde su diagnóstico y estudio de ERGE, se diagnosticó un esófago de Barrett, con lengüetas de epitelio columnar de hasta 3 cm de longitud.

Concurre a control de rutina, no relata síntomas relevantes y los hallazgos se presentan en las Figuras 1 a 4.

¹Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Recibido: 4 de agosto de 2013

Aceptado: 5 de agosto de 2013

Correspondencia a:

Dr. Fernando Fluxá G.
Departamento de Gastroenterología
Clínica Las Condes
Lo Fontecilla 441,
3er piso, Las Condes,
Santiago, Chile
Teléfono: (+56 2)
2210 4000
E-mail: ffluxa@
clinicalascondes.cl

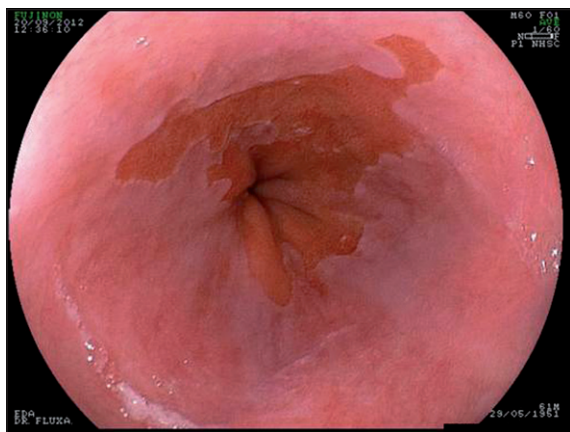


Figura 1. Esófago distal (línea Z).

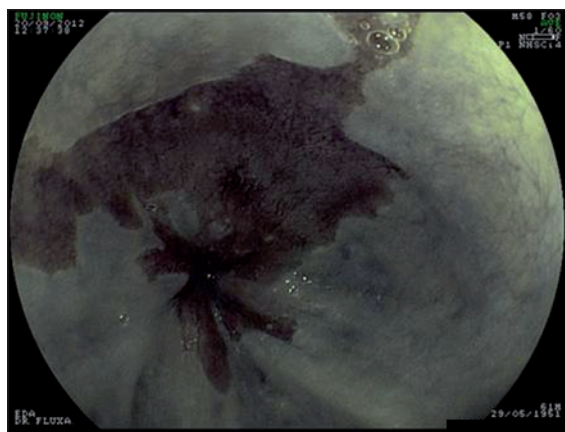


Figura 2. Cromoscopia electrónica.

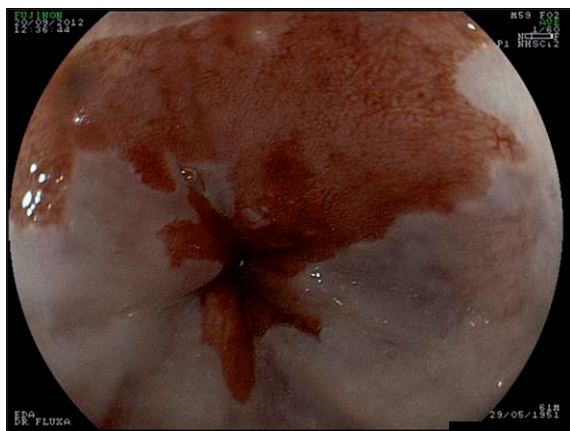


Figura 3. Esófago distal (línea Z) con cromoscopia electrónica.



Figura 4. Cromoscopia electrónica y magnificación.

¿Cuál sería su diagnóstico?

Imágenes en Gastroenterología

Al observar las imágenes, es evidente que existe epitelio columnar que está por sobre la línea Z y en la última foto, con cromoscopia electrónica y magnificación, es también muy clara un área alargada con depresión y cambio del patrón mucoso y vascular. El diagnóstico endoscópico debe plantear la posibilidad de una displasia en un esófago de Barrett. Las biopsias en estos casos y tal como fue realizado, deben dirigirse al área sospechosa y también en áreas aparentemente no complicadas. Los resultados de ellas confirmaron displasia de alto grado en área deprimida y esófago de Barrett no complicado en las otras áreas de metaplasia columnar.

Comentario

En estos casos, lo que corresponde es realizar una terapia con IBP durante 3-4 meses para luego repetir el examen endoscópico y anátomo-patológico. Esto fue indicado al paciente y en este control se confirmaron los hallazgos del anterior estudio, lo cual en las recomendaciones actuales significa no continuar el seguimiento sino realizar terapia para eliminar el esófago de Barrett y desde luego el área de displasia¹.

En este sentido las opciones terapéuticas son variadas, van desde la ablación como terapia única, la resección del área de displasia con técnica de disección submucosa endoscópica (*endoscopic submucosal dissection - ESD*) o resección mucosa y ablación del Barrett residual y, por último, la cirugía². Las dos primeras opciones han demostrado un éxito similar a la cirugía resectiva, pero sin las complicaciones de ésta, por lo tanto, hoy son consideradas como terapias de elección para resolver estos casos. Los métodos ablativos son numerosos, sin embargo, entre ellos también hay diferencias en sus resultados. Inicialmente se pensó que el argón plasma podía ser una opción

segura y eficiente, pero a poco andar se demostró que la dificultad para generar una ablación homogénea en la mucosa era limitada, dejando entonces epitelio columnar enterrado bajo el epitelio escamoso, en el cual se podía desarrollar un cáncer en el futuro. Este gran problema, ha sido mucho menor con otras técnicas ablativas como la fotosensibilización con protoporfirina, sustancia que se inyecta y se une a las células con displasia, posteriormente a través de la aplicación de energía láser que es absorbida por estas células, se realiza la destrucción selectiva del tejido displásico³. Otra opción es la radiofrecuencia, energía que es entregada por sondas especiales que producen ablación muy homogénea y que por su penetración limitada en profundidad tienen muy bajo riesgo de sangrado, perforación y estenosis, mostrando hasta ahora buenos resultados en los pacientes sometidos a esta técnica y seguidos en el tiempo². Entre los nuevos avances tecnológicos, la crioterapia, ablación por congelamiento del tejido y subsecuente destrucción, también ha mostrado buenos resultados, sin embargo, existe menos evidencia científica por lo que se requiere mayor validación en el futuro próximo para definir si realmente es una alternativa segura y eficiente⁴. La desventaja de los métodos ablativos es que no se tiene el tejido para su estudio anátomo-patológico lo cual es sin duda una información valiosa que se omite².

Debido a esto, la obtención del tejido enfermo debe ser considerada para el manejo de estos pacientes, por lo cual la disección submucosa, que logra una pieza quirúrgica más completa para el análisis del patólogo, tanto en el sentido horizontal (márgenes laterales de la lesión) como vertical (márgenes en profundidad que incluye la submucosa) tiene ventajas comparativas a la resección mucosa que aún realizada en un trozo de tejido, tiene algunas limitaciones en el margen vertical. Evidentemente que las complicaciones, ya sea sangrado o perforación, son mayores en estas técnicas

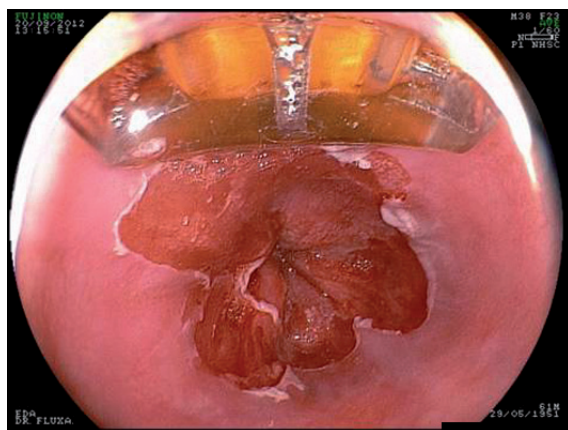


Figura 5. Primera ablación.

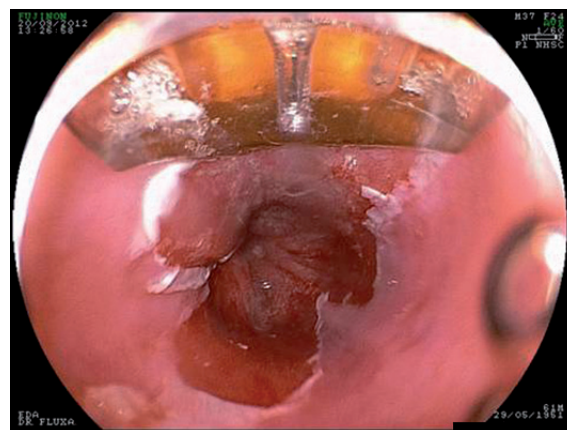


Figura 6. Eliminando tejido.

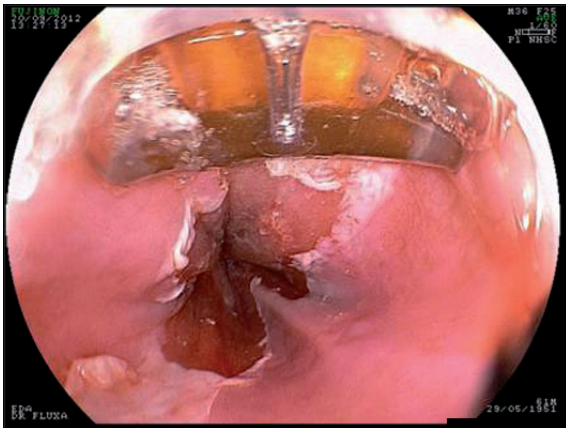


Figura 7. Luego de eliminar tejido 2ª ablación.

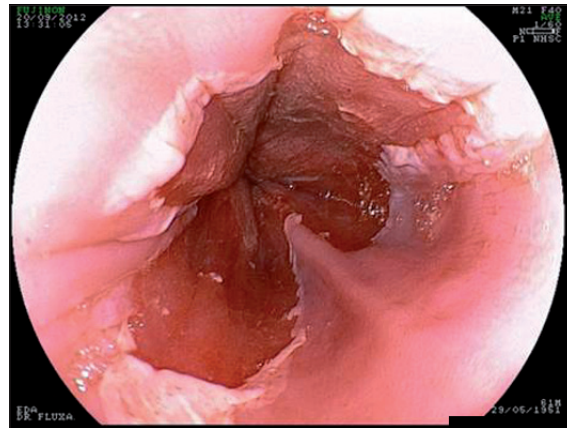


Figura 8. Luego de 2ª aplicación de radiofrecuencia.



Figura 9. Cromoscopia electrónica post ablación.

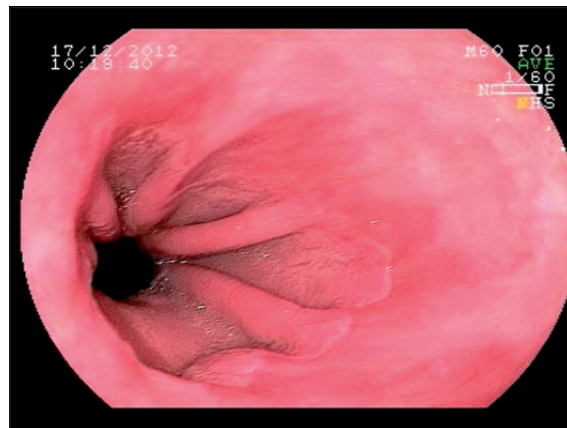


Figura 10. Línea Z de aspecto normal.

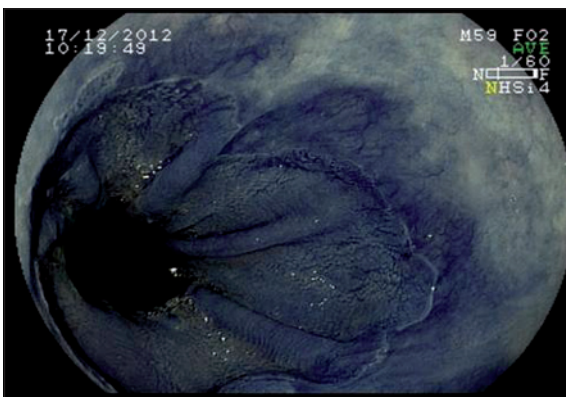


Figura 11. Cromoscopia electrónica línea Z.

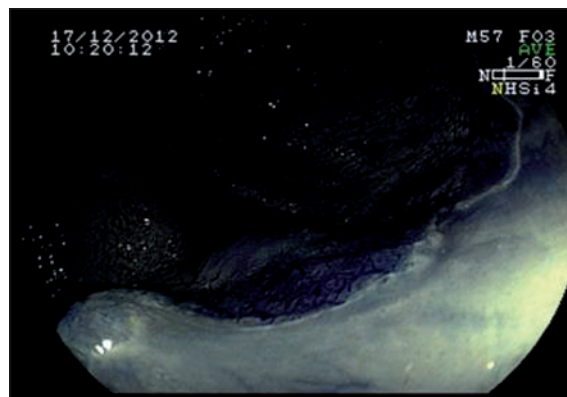


Figura 12. Línea Z.

Imágenes en Gastroenterología

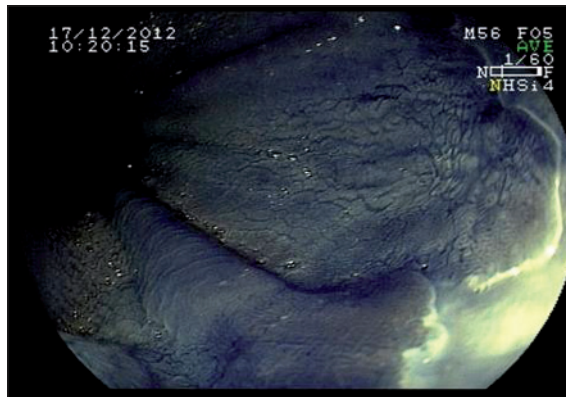


Figura 13. Visión parcial de mucosa cardial.

quirúrgicas endoscópicas frente a las ablativas, siendo su frecuencia variable y probablemente muy dependiente de la experiencia del operador y del tamaño de la lesión a reseca⁵.

En este caso en particular se decidió realizar una ablación con radiofrecuencia como terapia única. En las Figuras 5 a 9 se muestra el procedimiento: en las 2 primeras, luego de la aplicación de Halo 90 sobre la lesión; en la siguiente se ha procedido a eliminar el tejido destruido; y luego una nueva aplicación de radiofrecuencia de acuerdo al protocolo definido para esta técnica.

Finalmente, el control a los 3 meses post ablación mostró la desaparición completa del esófago de Barrett, con aparición de epitelio escamoso. No se observó evidencia de displasia en las muestras tomadas (Figuras 10-13).

Todavía no hay claridad respecto al seguimiento de estos pacientes. No se conoce realmente cuántos de ellos volverán a recaer con esófago de Barrett o con la aparición de displasia nuevamente. Por ello, deben ser controlados con endoscopia y biopsias a los 3 y 6 meses post-terapia y si todo está bien, mantener control anual en el futuro¹.

Referencias

- 1.- Nelsen EM, Hawes RH, Iyer PG. Diagnosis and management of Barrett's esophagus. *Surg Clin North Am* 2012; 92: 1135-54.
- 2.- Rees JR, Lao-Sirieix P, Wong A, Fitzgerald RC. Treatment for Barrett's oesophagus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (1): CD004060.
- 3.- Overholt BF, Wang KK, Burdick JS, Lightdale CJ, Kimmey M, Nava HR, et al. Five-year efficacy and safety of photodynamic therapy with Photofrin in Barrett's high-grade dysplasia. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 460-8.
- 4.- Gosain S, Mercer K, Twaddell WS, Uradomo L, Greenwald BD. Liquid nitrogen spray cryotherapy in Barrett's esophagus with high-grade dysplasia: long-term results. *Gastrointest Endosc* 2013; 78; 260-5.
- 5.- Velanovich V. Management of Barrett's Esophagus. *Am Surg* 2012; 78: 1193-200.