

¿Cuándo debe indicarse la cirugía en el esófago de Barrett?

A. J. TORRES GARCÍA

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

El esófago de Barrett (EB) es una condición adquirida que consiste en una respuesta reparadora del esófago ante la agresión del reflujo gastroesofágico severo y de larga evolución. En esta sustitución metaplásica el epitelio escamoso que normalmente tapiza el esófago en toda su longitud es sustituido, en su porción distal por epitelio columnar. Aparece en el 11-13% de los pacientes con reflujo sintomático, y en el 1-2% de los pacientes a los que se realiza una endoscopia digestiva alta (1). Su importancia clínica radica en su predisposición a la ulceración y a la formación de estenosis, pero sobre todo por su condición de lesión premaligna, estimándose en la actualidad que el riesgo para el desarrollo de un adenocarcinoma sobre el esófago de Barrett es entre 30-125 veces superior al de la población general (2).

Por todo ello, se considera que el esófago de Barrett constituye el escalón final de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), frecuentemente acompañado de estenosis y úlceras como manifestaciones extremas de la enfermedad. Aunque la mayor parte de los enfermos con esófago de Barrett son, en la actualidad, tratados médicamente, su potencial premaligno y la dificultad en controlar algunos síntomas, especialmente la regurgitación, hacen que pueda merecer la pena plantearse como primera medida terapéutica una actitud más agresiva que la habitualmente seguida en la ERGE sin EB.

Tres son los objetivos a alcanzar al plantear el tratamiento de los pacientes con esófago de Barrett: controlar el reflujo; promover o inducir la regresión del epitelio

metaplásico de tal forma que la mucosa “de riesgo” (la metaplasia intestinal) sea eliminada; y parar la progresión hacia la displasia y el carcinoma.

El tratamiento médico (medidas dietéticas, modificaciones en el estilo de vida, proquinéticos y terapia supresora de ácido) difícilmente alcanza los objetivos definidos previamente. Recientemente, el Comité de Guías de Práctica Clínica del Colegio Americano de Gastroenterología (3) estableció que el *goal standard* en el tratamiento de los pacientes con esófago de Barrett debe ser el control de los síntomas del reflujo, lo cual parece poco ambicioso, ya que el control de los síntomas no evita la progresión hacia la displasia y el carcinoma. Por otra parte, muchos pacientes con esófago de Barrett tienen pocos o ningún síntoma de reflujo, probablemente como consecuencia de una sensibilidad alterada del epitelio metaplásico al contenido gástrico refluido. Además, la regurgitación, uno de los principales síntomas de los pacientes con EB, es muy mal controlada con el tratamiento médico, debido al mayor grado de afectación del Esfínter Esofágico Inferior (EEI) y de la motilidad del cuerpo esofágico que presentan estos pacientes (4). Katzka y Castell (5) demostraron que dosis estándares de omeprazol (20 mg/día) no conseguían suprimir suficientemente el ácido para mantener un pH gástrico neutro durante 24 horas en pacientes con EB. Además, un aumento de la dosis de omeprazol hasta eliminar todos los síntomas no aseguraba un tratamiento efectivo, ya que el 80% de los pacientes estudiados con pH-metría de

24 horas mostraban exposición anormal de ácido en el esófago distal. Así, en definitiva, para que el tratamiento médico consiga el primer objetivo terapéutico, el control del reflujo debe ser agresivo y no guiado por los síntomas, pues un tratamiento incompleto puede ser peor que no tratar al paciente.

Con respecto al segundo y tercer objetivo planteados, el tratamiento médico no ha mostrado conseguir de forma fiable ninguno de ellos. Varios estudios han concluido que la terapia médica no causa regresión de la metaplasia intestinal (6,7), aunque esto puede ser diferente en pacientes con segmentos "cortos" (<2 cm) (8).

En contraste al tratamiento médico, la cirugía antirreflujo realizada correctamente restaura la función del EEI y elimina el reflujo del contenido gástrico, sea ácido o alcalino, al esófago; y por lo tanto una cirugía antirreflujo eficaz acaba con el traumatismo repetitivo sobre la mucosa esofágica normal y metaplásica. Estudios clínicos randomizados han confirmado un superior control del reflujo tras cirugía antirreflujo que tras tratamientos médicos, habiendo sido probado que la cirugía antirreflujo es segura, efectiva y duradera (9,10). Además, en la actualidad muchos pacientes son candidatos para un abordaje mínimamente invasivo por vía laparoscópica, abordaje asociado con una menor estancia hospitalaria, un mayor confort del paciente y una recuperación postoperatoria más rápida.

En lo que se refiere a lo que consigue la cirugía con respecto a los objetivos terapéuticos segundo y tercero, existen resultados conflictivos acerca de la regresión de la metaplasia intestinal tras cirugía antirreflujo. La mayor parte de los estudios han demostrado que aunque se han obtenido algunas disminuciones en la longitud del segmento de Barrett, la regresión completa acontece muy excepcionalmente en los pacientes con Barrett de >3 cm. Pero quizás un aspecto de mayor importancia sea la observación de que, comparada con el tratamiento médico, tras la cirugía antirreflujo se ha observado una menor incidencia de progresión hacia displasia y adenocarcinoma (9,11,12).

En función de lo previamente comentado, creo que la cirugía antirreflujo debe ser muy tenida en cuenta a la hora de diseñar una estrategia terapéutica en cualquier paciente con esófago de Barrett.

Aquellos pacientes con EB y displasia de alto grado tienen un riesgo muy importante de tener un foco coexistente de adenocarcinoma (>40%), ya que incluso con tomas biopsias múltiples existe la posibilidad de no biopsiar el foco malignizado. Además, el adenocarcino-

ma puede desarrollarse muy rápidamente en el seno de una displasia de alto grado, y si un adenocarcinoma invade la submucosa, en un 50% de los casos presenta metástasis linfáticas, lo que ensombrece terriblemente el pronóstico. Por ello, la terapia dirigida exclusivamente a la mucosa (ablación endoscópica de la mucosa) es potencialmente inadecuada en aquellos pacientes con EB con displasia de alto grado y/o adenocarcinoma *in situ* (4). Por el contrario, la esofagectomía representa el tratamiento estándar de estos pacientes portadores de un carcinoma esofágico con altas probabilidades de curación si es reseado en estadios precoces de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Phillips RW, Wong RK. Barrett's esophagus. Natural history, incidence, etiology, and complications. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 791-816.
2. Spechler SJ, Robbins AH, Rubins HB, Vincent ME, Heeren T, Doos WG, et al. Adenocarcinoma and Barrett's esophagus: an overrated risk? *Gastroenterology* 1984; 87: 927-33.
3. Sampliner RE. Practice guidelines on the diagnosis, surveillance, and therapy of Barrett's esophagus. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1028-32.
4. De Meester Sr, De Meester TR. Columnar mucosa and intestinal metaplasia of the esophagus: Fifty years of controversy. *Ann Surg* 2000; 231: 303-21.
5. Katzka DA, Castell DO. Successful elimination of reflux symptoms does not insure adequate control of acid reflux in patients with Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 989-91.
6. Shaffer R, Francis J, Carrougner J, Kadakia S. Effect of omeprazole on Barrett's epithelium after 3 years of therapy. *Gastroenterology* 1996; 110: A255.
7. Samoliner RE, Garewal HS, Fennerty MB, Aickin M. Lack of impact of therapy on extent of Barrett's esophagus in 67 patients. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 93-6.
8. Weston AP, Krmpotich PT, Cherian R, Dixon A, Topalovski M. Prospective long-term endoscopic and histological follow-up of short-segment Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 407-13.
9. Ortiz A, Martínez de Haro LF, Parrilla P, et al. Conservative treatment versus antireflux surgery in Barrett's oesophagus: long-term results of a prospective study. *Br J Surg* 1996; 83: 274-8.
10. Spechler SJ. Comparison of medical and surgical therapy for complicated gastroesophageal reflux disease in veterans. The Department of Veterans Affairs Gastroesophageal Reflux Disease Study Group. *N engl J Med* 1992; 326: 786-92.
11. McCallum R, Polepalle S, Davenport K, Frierson H, Boyd S. Role of antireflux surgery against dysplasia in Barrett's esophagus. *Gastroenterolgy* 1991; 100: A121.
12. Katz D, Rothstein R, Schned A, Dunn J, Seaver K, Antonioli D. The development of dysplasia and adenocarcinoma during endoscopic surveillance of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 536-41.

