

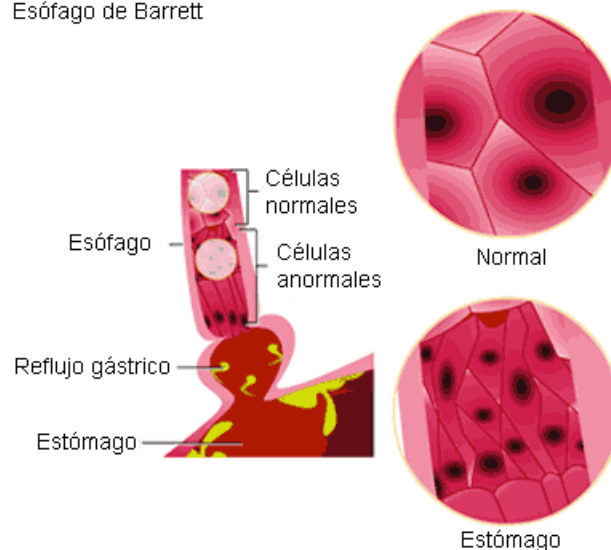
ESÓFAGO DE BARRETT

El **esófago de Barrett** es un trastorno que se caracteriza por una lesión en el revestimiento del esófago, que se produce cuando el anillo de fibras musculares situado en el inferior de este órgano no se cierra adecuadamente y permite el paso del contenido gástrico desde el estómago al esófago, lo que se conoce como reflujo gastroesofágico.

El esófago es un tubo hueco de unos 25 centímetros de longitud que une la faringe con el estómago, y cuya función es transportar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Desde dentro hacia fuera está formado por una capa mucosa, una capa submucosa y una capa muscular. En el esófago no hay serosa, que es la capa más externa, que sí está presente en otros órganos del aparato digestivo como el estómago o el intestino.

El epitelio del esófago está compuesto por varias capas ordenadas de células planas, y cuando hay reflujo gastroesofágico puede producirse la sustitución del epitelio escamoso normal del esófago por epitelio cilíndrico intestinal, no gástrico, lo que se conoce en términos médicos como metaplasia (sustitución de un epitelio por otro). El resultado de este proceso da lugar al esófago de Barrett, que afecta a un 8-20% de los pacientes que sufren reflujo gastroesofágico.

Esófago de Barrett



Esta enfermedad debe su nombre al doctor Norman Barrett, cirujano británico que la describió en la década de 1950. En función de la longitud de la metaplasia, el esófago de Barrett se clasifica en corto (cuando la longitud de ésta es menor de 3 centímetros), o largo (si es mayor de 3 centímetros).

Su diagnóstico es histológico, es decir, se realiza tras el estudio de las muestras de epitelio del esófago obtenidas tras la realización de una endoscopia. La verdadera importancia de su detección deriva del mayor riesgo que tienen los pacientes con esófago de Barrett de desarrollar adenocarcinoma de esófago, el cual tiene mal

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

pronóstico. Sin embargo, los pacientes bajo control endoscópico y que sigan un tratamiento apropiado pueden minimizar ese riesgo.

Prevalencia

La prevalencia del esófago de Barrett es muy variable según los diferentes estudios, sin embargo, se estima que afecta a un 8-20% de los pacientes que padecen reflujo gastroesofágico.

El esófago de Barrett suele afectar fundamentalmente a personas de edad media, de unos 55 años aproximadamente. Esto se debe, en gran parte, a que un porcentaje alto de los diagnósticos se realiza durante la realización de endoscopias por reflujo gastroesofágico, o de forma casual al realizar esta prueba por otro motivo.

Aunque también puede afectar a niños, rara vez ocurre antes de los cinco años, por lo que se considera que es una enfermedad adquirida y no congénita (es decir, se adquiere a lo largo de la vida y no está presente al nacer).

Es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción 2:1. Desde un punto de vista racial, el esófago de Barrett afecta especialmente a la raza caucásica, siendo poco común en personas de raza negra y en asiáticos. Los datos epidemiológicos en hispanos son contradictorios, ya que mientras algunos estudios consideran que la prevalencia en este grupo es similar a la de los caucásicos, otros consideran que es bastante menor.

Causas

La obesidad y la presencia de excesiva grasa a nivel del abdomen se consideran factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar esta enfermedad.

Por otro lado, el ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroideos podrían tener un efecto protector sobre la aparición del esófago de Barrett. Sin embargo, son hipótesis que no están claramente demostradas.

Síntomas

No existe ningún síntoma específico asociado al esófago de Barrett, de tal forma que los síntomas por los que consultan inicialmente las personas que padecen esta enfermedad son los síntomas propios del reflujo gastroesofágico. De hecho, algunos pacientes pueden presentar esófago de Barrett sin referir ninguna molestia, lo que ocurre hasta en un tercio de los casos.

Entre los síntomas más frecuentes destacan los siguientes:

- **Pirosis:** es el síntoma más frecuente. Se define como una sensación de quemazón o ardor detrás del esternón, que es un hueso situado en la parte anterior del tórax. Es típico que el dolor se acentúe después de las comidas y cuando el paciente se coloca tumbado.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

- Regurgitación: consiste en expulsar por la boca, sin vomitarlo, un alimento no digerido y contenido en el esófago o el estómago.
- Disfagia o dificultad para tragar.
- Dolor torácico, siendo muchas veces difícil diferenciar este dolor del dolor producido por enfermedades del corazón.
- Además de estos síntomas, que son los más típicos, el reflujo gastroesofágico se puede manifestar a través de otros síntomas menos frecuentes, como eructos, náuseas, hipo, dolor abdominal, o sensación de plenitud tras las comidas. En otras muchas ocasiones el reflujo gastroesofágico (y, por tanto, el esófago de Barrett) puede manifestarse a través de síntomas respiratorios y no digestivos, como molestias en la garganta, afonía, tos, o dificultar para respirar.

A pesar de todos los síntomas descritos, la verdadera importancia clínica del esófago de Barrett radica en su carácter premaligno, ya que su presencia supone un mayor riesgo de desarrollar adenocarcinoma esofágico. Por ello, cuando se diagnostica un Barrett es necesario realizar, cada cierto tiempo, un seguimiento del paciente mediante la realización de endoscopias (la frecuencia con la que se realizan éstas depende de los hallazgos que se encuentren en dicha prueba).

Finalmente es importante destacar algunas complicaciones de esta enfermedad. El reflujo gastroesofágico asociado a esófago de Barrett puede producir, de forma relativamente frecuente, úlceras esofágicas (son más sangrantes que las úlceras situadas sobre una mucosa normal), estenosis (estrechamiento de la luz del esófago, que afecta sobre todo al tercio medio de éste, en la unión entre la mucosa normal y la metaplasia) o hemorragia digestiva.

Dieta y estilo de vida

Vivir con la enfermedad de Barrett requiere cambios en la dieta y el comportamiento. Las recomendaciones dietéticas son evitar alimentos muy ácidos como el tomate, algunas frutas cítricas, café y alimentos picantes. En cambio, la carne magra, pechuga de pollo sin piel, pescado, claras de huevo, dulces manzanas, bananas, melón, leche desnatada, queso de cabra, la mayoría de las verduras, los cereales integrales, el arroz y la avena se sugieren. Reducir el tamaño de la comida y evitar acostarse por lo menos tres horas después de comer, cuando la incidencia de reflujo es mayor. Para disminuir el reflujo esofágico, elevar la cabecera de la cama en bloques de 6 pulgadas o utilizar una cuña de espuma.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

Tratamiento

La importancia del esófago de Barrett radica en su carácter premaligno, con el riesgo potencial de que pueda desarrollarse adenocarcinoma de esófago a partir de la secuencia metaplasia-displasia-adenocarcinoma. Y es que la presencia de metaplasia, que es lo que ocurre en el esófago de Barrett (sustitución del epitelio escamoso del esófago por epitelio cilíndrico intestinal), puede evolucionar hacia displasia (anormalidad del aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración), y finalmente hacia adenocarcinoma. El riesgo de desarrollar cáncer de esófago es hasta 50 veces superior en estos pacientes, por lo que es necesario realizar seguimiento endoscópico.

Así, ante el hallazgo de una metaplasia intestinal esofágica se pueden dar los siguientes supuestos:

- No hay displasia: se recomienda realizar una endoscopia de control cada 2-4 años en hombres, y cada 4-6 en mujeres.
- Displasia de bajo grado: se recomienda realizar una endoscopia de control cada 6-12 meses.
- Displasia de alto grado: el hallazgo de displasia de alto grado hace necesaria la confirmación y la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir. En ese caso, se debe repetir la endoscopia, con revisión de las biopsias por dos patólogos diferentes (el patólogo es el médico encargado de ver las muestras al microscopio). En caso de persistir la displasia de alto grado, si el paciente no es candidato a cirugía se realizará terapia ablativa endoscópica; si lo es, se planteará realizar una extirpación del esófago (esofagectomía).

El tratamiento del esófago de Barrett sin displasia o con displasia de bajo grado es el mismo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es decir, inhibición de la secreción ácida. Ésta debe hacerse de forma potente, ya que el esófago de Barrett es considerado como una forma grave de la ERGE.

Para ello se administra un inhibidor de la bomba de protones (como el omeprazol) a dosis doble de la convencional o, preferiblemente, a una dosis establecida en cada caso concreto de acuerdo a los resultados de una prueba denominada pHmetría gástrica de 24 horas, que se debe realizar en los pacientes con reflujo. Además, es necesario adoptar medidas generales, como que las comidas sean frecuentes y poco abundantes, evitar el exceso de grasas, alcohol, café, chocolate, tabaco, y medicamentos que relajen el esfínter esofágico inferior, no acostarse nada más comer, y elevar la cabecera de la cama. Es importante recalcar que el tratamiento médico no hace desaparecer el Barrett ni la displasia existente, disminuyendo solo ligeramente el riesgo de cáncer.

En la displasia de alto grado confirmada, el tratamiento recomendado es la cirugía (resección quirúrgica del esófago). De hecho, hasta en el 50% de las piezas obtenidas tras la extirpación del esófago en pacientes con displasia de alto grado se demuestra la existencia de un cáncer. Otro tratamiento disponible es la

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

ablación mediante coagulación con argón-plasma (procedimiento endoscópico de coagulación que pretende lesionar el epitelio metaplásico para su eliminación), que consigue la desaparición de la mucosa anómala en un alto porcentaje de los casos; sin embargo, es frecuente que se produzca recurrencia de la enfermedad en pacientes en los que se había conseguido la desaparición inicial del esófago de Barrett, con un alto porcentaje de metaplasia localizada por debajo del epitelio escamoso, y por tanto no se evita la necesidad de vigilancia posterior. Por ello, su aplicación no puede ser recomendada en la práctica habitual, debiendo individualizarse sus indicaciones.

Otros tratamiento ablativos endoscópicos para el tratamiento del Barrett, pero menos utilizados, son la electrocoagulación bipolar o multipolar, el láser Yag y la terapia fotodinámica.

Complementos alimenticios y plantas medicinales

Digest Gold (Enzymedica) / Digeston® Plus (HealthAid) / Enzimas Digestivas Complex (Terranova) que contienen enzimas digestivas que promueven una digestión cómoda y saludable.

Vitaminas del grupo B como **Vitaminas B99 (Nutrinat Evolution)**, necesarias para una buena digestión.

Jengibre (*Zingiber officinalis*) 560 mg (HealthAid) favorece la digestión y protege frente contra la acidez estomacal.

Olmo rojo (*Ulmus rubra*) 560 mg (HealthAid): El olmo cubre y suaviza la boca, la garganta, el estómago y los intestinos, y contiene antioxidantes que pueden ayudar a abordar las enfermedades inflamatorias intestinales. También estimula las terminales nerviosas en el tracto gastrointestinal. Esto ayuda a aumentar la secreción de moco, que protege el tracto gastrointestinal contra las úlceras y el exceso de acidez.

Melena de León, extracto puro (Hawlik), es el hongo con mayor tropismo hacia la regeneración tisular del sistema digestivo. En la Medicina Tradicional China, la Melena de León ha sido utilizada tradicionalmente para combatir problemas estomacales y cánceres de órganos digestivos. La Melena de León actúa frente a patologías digestivas mediante la vía de regeneración del epitelio intestinal, impidiendo su degradación, renovándolo y evitando la formación de úlcera y tejido cicatricial afuncional.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.