

Esófago de Barrett largo con cáncer precoz (múltiple) y displasia de alto grado resecados endoscópicamente: reporte de un caso y revisión de la literatura

Autores Denny Castro, Vanessa Becerra , Olga Silva, Simón Peraza.

Afiliación Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E Anderson". San Cristóbal, Estado Táchira – Venezuela.

Autora de Correspondencia: Vanessa Becerra. Correo: vane19_1991@hotmail.com ORCID: [0000-0002-0541-4240](https://orcid.org/0000-0002-0541-4240)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2023; 77(2): 65-68.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2023.77.2.005>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Fecha de recepción: 23/01/2023

Fecha de revisión: 28/03/2023

Fecha de aprobación: 27/04/2023

Resumen

La incidencia de adenocarcinoma (ADC) en pacientes con esófago de Barrett (EB) es del 0,3 – 0,6% pacientes/año, donde dicho riesgo depende del grado de displasia, siendo del 7% en displasia de alto grado. El presente caso consiste en paciente masculino de 49 años de edad, con el antecedente de esófago de Barrett de segmento largo con displasia de alto grado, tratado por medio de resección mucosal endoscópica (RME) con banda. Se mantiene bajo riguroso seguimiento, evidenciando 3 años después, lengüeta en esófago distal, a la cual se le realiza tratamiento endoscópico y se reporta anatomopatológicamente como adenocarcinoma tubular bien diferenciado con márgenes libres; pasado 1 año, se observa una nueva lesión, plana e hiperémica, resecada de igual forma y reportada como adenocarcinoma bien diferenciado con márgenes libres. Se mantiene hasta la fecha en seguimiento, sin nuevos hallazgos.

Palabras clave: Barrett, esófago, adenocarcinoma, displasia.

LONG BARRETT'S ESOPHAGUS WITH EARLY (MULTIPLE) CANCER AND HIGH-GRADE DYSPLASIA ENDOSCOPICALLY RESECTED: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Summary

The incidence of adenocarcinoma (ADC) in patients with Barrett's esophagus (BE) is 0.3-0.6% patients/year, where said risk depends on the degree of dysplasia, being 7% in high-grade dysplasia. The present case consists of a 49-year-old male patient, with a history of long-legged Barrett's esophagus with high grade dysplasia, treated by endoscopic mucosal resection (EMR) with banding. He remains under rigorous follow-up, evidencing 3 years later, a tab in the distal esophagus, which underwent endoscopic treatment and was pathologically reported as a well-differentiated tubular adenocarcinoma with free margins; After 1 year, we observed a new lesion, flat and hyperemic, resected in the same way and reported as a well-differentiated adenocarcinoma with free margins. It remains under follow-up to date, with no new findings.

Keywords: Barrett, esophagus, adenocarcinoma, dysplasia.

Introducción

El esófago de Barrett se define como el reemplazo del epitelio escamoso estratificado esofágico normal por un epitelio columnar simple, identificable endoscópicamente como una lesión asalmonada en patrón de lengüetas, circunferencial o en islotes, con un mínimo de extensión de 1 cm y en el que se confirma histológicamente presencia de metaplasia. Es hasta la

fecha la única lesión premaligna conocida para adenocarcinoma de esófago, con un riesgo de progresión de aproximadamente 0,3% al año. El tratamiento del esófago de Barrett con displasia o cáncer incipiente con resección mucosal endoscópica (RME) y la disección mucosal endoscópica (DSE) son sumamente efectivas.

Caso Clínico

Paciente masculino de 49 años de edad, hipertenso controlado, quien negó hábitos tóxicos, se encuentra en control en nuestra institución desde el año 2.011 con el diagnóstico de esófago de Barrett de segmento largo con displasia de alto grado, recibió tratamiento endoscópico basado en resección mucosal endoscópica (RME) con banda (Figura 1) y se mantuvo en riguroso seguimiento, en cuyos controles el hallazgo endoscópico fue de cicatriz de RME de esófago de Barrett y hernia hiatal grado I. En el año 2.014 refiere pirosis a predominio nocturno y endoscópicamente se evidencia en esófago distal, lengüeta asalmónada en hora 10 y en saco herniario, lesión elevada con centro deprimido (Figura 2), la cual es reseca mediante RME y anatomopatológicamente es reportada como adenocarcinoma tubular extremadamente bien diferenciado, metaplasia intestinal mixta con márgenes libres de lesión. Pasado un año en la misma zona se observa lesión plana, hiperémica (Figura 3), la cual es reportada como adenocarcinoma bien diferenciado, se realiza nueva RME, siendo informada por anatomía patológica como adenocarcinoma bien diferenciado intramucoso, márgenes con efecto diatérmico (Figura 4); desde entonces el paciente se ha mantenido en seguimiento endoscópico e histológico, sin nuevas lesiones aparentes.



Figura 3. Lesión plana hiperémica.

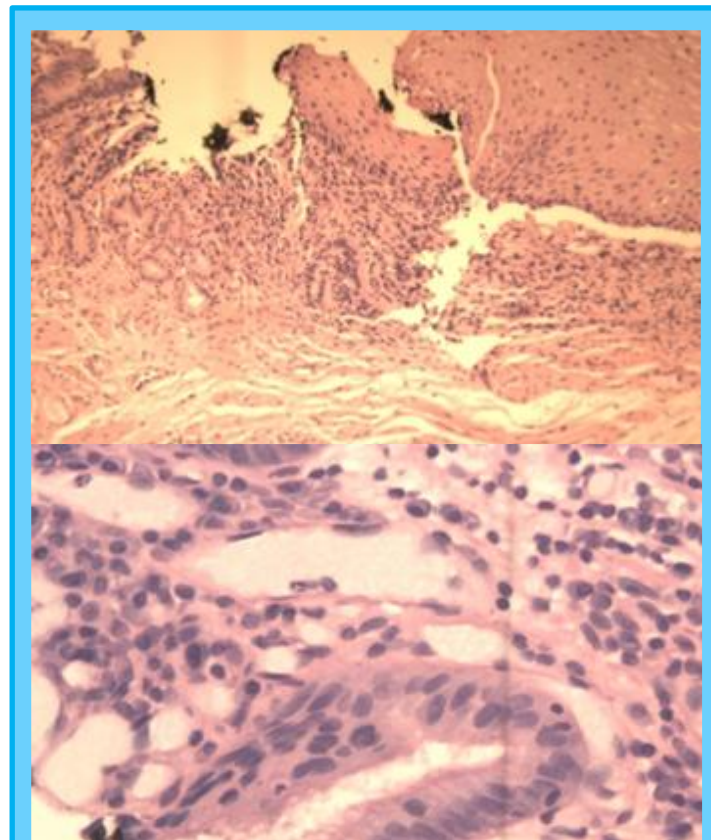


Figura 4. Adenocarcinoma bien diferenciado intramucoso.

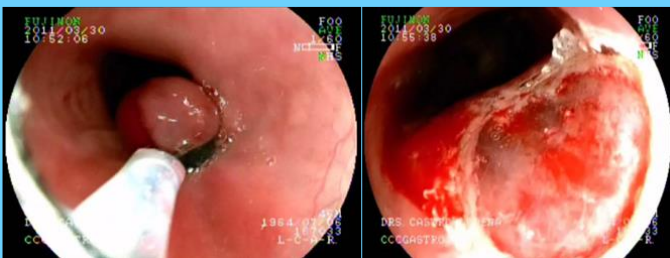


Figura 1. Resección mucosal endoscópica (RME) con banda.



Figura 2. Lesión elevada con centro deprimido.

Discusión

El esófago de Barrett (EB) se define como el reemplazo del epitelio escamoso estratificado normal por un epitelio columnar simple, identificable endoscópicamente como una extensión de mucosa de color salmón en el esófago que se extiende > 1 cm proximal a la unión esofagogástrica, con confirmación por biopsia de metaplasia intestinal; esta entidad se encuentra establecida como una etapa premaligna del adenocarcinoma de

esófago^{1,2}. La incidencia de adenocarcinoma en pacientes con EB es del 0,3 – 0,6% paciente/año y la prevalencia estimada de EB en la población general es del 5%². Se desconoce el curso natural de la progresión a displasia y cáncer en el EB, pero se cree que es gradual, desde la ausencia de displasia hasta la displasia de bajo grado y la displasia de alto grado y cáncer, y el riesgo de cáncer depende del grado de displasia, siendo de 0,33% si no hay displasia, 0,54% con displasia de bajo grado y del 7% con displasia de alto grado^{3,4}.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un factor de riesgo importante para adenocarcinoma de esófago y el riesgo aumenta cuando los síntomas son prolongados^{1,5}. El sexo masculino es más susceptible a EB en una relación 2:1 respecto a las mujeres, pero en menores de 40 años, la proporción es de 4:1. Suele diagnosticarse entre la sexta y séptima década de vida, siendo más prevalente en caucásicos, con obesidad central, fumadores y con antecedentes familiares de EB o adenocarcinoma de esófago^{1,2,6}.

De acuerdo a las pautas del Colegio Americano de Gastroenterología, se recomienda el tamizaje de esófago de Barrett en hombres con enfermedad por reflujo de > 5 años de evolución o síntomas frecuentes (semanalmente o más a menudo) y 2 o más factores de riesgo y en mujeres, el cribado se recomienda solo en presencia de múltiples factores de riesgo. El método de tamizaje estándar es la endoscopia digestiva superior, con inspección visual cuidadosa y toma de biopsias por medio del protocolo de Seattle o dirigidas. Se han descrito métodos menos invasivos y económicos para la detección masiva; sin embargo, hasta la fecha no se encuentran estandarizados e incluyen: endoscopia transnasal sin sedación, esponja digerible, la cual es una prueba prometedora y consiste en la recolección de células esofágicas para su posterior estudio; el globo retráctil, el cual se basa en el mismo principio de la esponja, endoscopia de cápsula esofágica, biopsia líquida y estudio de microbioma oral^{6,7,8}.

La vigilancia implica el examen mediante endoscopia con luz blanca o de alta definición más la toma de biopsias y el grado de displasia determina los intervalos de vigilancia y la necesidad de terapia; por lo cual las pautas actuales sugieren vigilancia cada 3 – 5 años en los casos de EB sin displasia; cada 6 – 12 meses en displasia de bajo grado y cada 3 meses si se trata de displasia de alto grado⁹.

El epitelio de Barrett se desarrolla alcanzando su máxima longitud rápidamente, permaneciendo estable por varios años y se ha demostrado una correlación entre la extensión del epitelio columnar con la evolución y respuesta al tratamiento de los pacientes con EB¹⁰. Siguiendo estos parámetros se estableció la siguiente clasificación:

- Esófago de Barrett de segmento corto: extensión menor de 3 cm.
- Esófago de Barrett de segmento largo: extensión mayor de 3 cm.

Una vez identificado y estadificado el EB, se procede con la selección del tratamiento, en el caso de no encontrarse displasia, se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de

protones (IBP) para controlar los síntomas de reflujo, siendo también importante asesorar a los pacientes sobre formas adicionales de protección como: consumo bajo a moderado de alcohol, actividad física regular, aumento de la ingesta dietética de frutas, verduras, ácido fólico, fibra, betacarotenos y vitamina C, control de peso y dejar de fumar^{10,11}.

En los casos de displasia, son varias las técnicas de resección endoscópica recomendadas, entre ellas, resección mucosal, disección mucosal, ablación por radiofrecuencia, crioterapia, coagulación con argón plasma y terapia fotodinámica; en el caso de la resección de la mucosa, tal como en presente caso, la lesión se succiona con un ligador de banda, después de lo cual se coloca una banda alrededor de la lesión, o se succiona con una tapa colocada en el extremo del endoscopio, después de lo cual se extrae la lesión con un asa¹¹.

El adenocarcinoma limitado a la mucosa y sin evidencia de afectación ganglionar se puede reseccionar por vía endoscópica. En pacientes con cáncer localizado, la resección de la mucosa se realiza no solo con fines terapéuticos sino también para la estadificación. Si las lesiones tienen características que sugieren invasión submucosa o miden más de 1,5 cm, o si es difícil de levantar la mucosa de la capa submucosa con inyección salina, se recomienda la disección submucosa, lo cual, al contrario del caso presentado, se pudo realizar la resección, obteniendo márgenes libres de lesión^{11,12}.

La erradicación endoscópica es altamente efectiva y duradera para el tratamiento del adenocarcinoma de esófago intramucoso. Sin embargo, debido al riesgo de recurrencia de displasia (15 – 30% a los 3 años de seguimiento) se recomienda la vigilancia y el tratamiento con IBP a largo plazo¹².

Tras la revisión bibliográfica, son pocos los casos donde se documentará la presencia de múltiple cáncer de esófago precoz en un esófago de Barrett con displasia de alto grado, por ello, lo importante del presente caso. Singh et al, reportaron un estudio de 1.000 pacientes, 963 pacientes (96,3%) habían logrado una respuesta completa, 12 pacientes (3,7%) fueron intervenidos quirúrgicamente tras el fracaso del tratamiento endoscópico y durante el seguimiento 140 pacientes (14,5%) desarrollaron lesión metacrónicas o recurrencia del cáncer, siendo tratado endoscópicamente, con una tasa de remisión completa a largo plazo del 93,8%.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Patel V, Burbridge RA. Endoscopic approaches for early-stage esophageal cancer: current options. *Curr Oncol Rep*. 2015;17(1):421.

2. Barret M, Prat F. Diagnosis and treatment of superficial esophageal cancer. *Ann Gastroenterol*. 2018;31(3):256-265.
3. Kim JA, Shah PM. Screening and prevention strategies and endoscopic management of early esophageal cancer. *Chin Clin Oncol*. 2017;6(5):50.
4. Ishihara R, Arima M, Iizuka T, Oyama T, Katada C, Kato M, Goda K, Goto O, Tanaka K, Yano T, Yoshinaga S, Muto M, Kawakubo H, Fujishiro M, Yoshida M, Fujimoto K, Tajiri H, Inoue H; Japan Gastroenterological Endoscopy Society Guidelines Committee of ESD/EMR for Esophageal Cancer. Endoscopic submucosal dissection/endoscopic mucosal resection guidelines for esophageal cancer. *Dig Endosc*. 2020;32(4):452-493.
5. Ahmed O, Ajani JA, Lee JH. Endoscopic management of esophageal cancer. *World J Gastrointest Oncol*. 2019;11(10):830-841
6. Mocanu A, Bârla R, Hoara P, Constantinoiu S. Current endoscopic methods of radical therapy in early esophageal cancer. *J Med Life*. 2015;8(2):150-6
7. Naveed M, Kubiliun N. Endoscopic Treatment of Early-Stage Esophageal Cancer. *Curr Oncol Rep*. 2018;20(9):71.
8. Malik S, Sharma G, Sanaka MR, Thota PN. Role of endoscopic therapy in early esophageal cancer. *World J Gastroenterol*. 2018;24(35):3965-3973.
9. Sanghi V, Amin H, Sanaka MR, Thota PN. Resection of early esophageal neoplasms: The pendulum swings from surgical to endoscopic management. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(10):491-503.
10. Singh T, Sanaka MR, Thota PN. Endoscopic therapy for Barrett's esophagus and early esophageal cancer: Where do we go from here? *World J Gastrointest Endosc*. 2018;10(9):165-174
11. Shaheen NJ. ENDOSCOPIC TREATMENT OF ESOPHAGEAL NEOPLASIA: A DECADE OF EVOLUTION. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2020; 131:297-314.
12. Leggett CL, Gorospe EC, Wang KK. Endoscopic therapy for Barrett's esophagus and early esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42(1):175-85.