

GASTROENTEROLOGÍA LA LITERATURA APOYA ESTA TÉCNICA COMO UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA

Hay regresión del esófago de Barrett con la funduplicatura

→ Distintas publicaciones científicas han estudiado si la funduplicatura laparoscópica es capaz de reducir el riesgo de progresión del esófago de

Barrett, o de inducir regresión de la metaplasia y de la displasia, o si el propio Barrett es ya una indicación para el tratamiento quirúrgico.

■ Ana Callejo Mora

El esófago de Barrett es el cambio del epitelio escamoso esofágico a epitelio columnar de tipo intestinal y ocurre como consecuencia de un reflujo gastroduodenoesofágico mantenido durante años. "En los últimos 40 años ha aumentado un 350 por cien la prevalencia del cáncer de esófago. Por ello, la Asociación Americana de Gastroenterología dio una serie de recomendaciones para su abordaje, estableciendo cuándo hay que hacer cribado para diagnóstico precoz de este tipo de cáncer en los pacientes con reflujo. No obstante, en España la incidencia es mucho más baja que en los países nórdicos, donde es casi 13 veces mayor que en nuestro país. Los factores se desconocen; probablemente sean las comidas ácidas y rápidas y el estrés ligado al reflujo", ha explicado Alfredo Alonso Poza, jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital del Sureste, en Madrid. Sobre la evolución del esófago de Barrett tras la cirugía habló, justamente, en el XIII Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica, celebrado en Puerto Vallarta (México).

"Donde sí se debe hacer un cribado endoscópico es en los varones mayores de 50 años que tienen hernia de hiato y obesidad. Si los síntomas persisten más de cinco años se recomienda el tratamiento laparoscópico mediante funduplicatura, en lugar de mantener los inhibidores de la bomba de protones, basándose en la sintomatología causada por el reflujo", ha afirmado Alonso.

El esófago de Barrett se clasificó, según los criterios de Praga, en esófagos de segmento corto y largo. "En los primeros (los menores de 3 cm) se deben realizar biopsias en los cuatro cuadrantes y cada 2 cm, lo que resulta en ocho biopsias por paciente como mínimo. En los de segmento largo -el 15 por ciento del total- hay que obtener biopsia en los cuatro cuadrantes, y cada 1 cm, por



JOSE LUIS PINOCHO

Alfredo Alonso Poza, del Hospital Universitario del Sureste.

tanto, hay que efectuar como mínimo 16 biopsias. Además, la endoscopia debe hacerse con luz blanca y el endoscopista debe ser experto para que no confunda una mucosa de la unión gastroesofágica con una mucosa ya con metaplasia dentro del esófago".

En cuanto al tratamiento del esófago de Barrett están disponibles tres terapias de eficacia similar, independientemente de que se haga cirugía antirreflujo. "La ablación mediante radiofrecuencia, que parece que es la que tiene menos efectos secundarios; la resección mucosa endoscópica, y la terapia fotodinámica". En caso de displasia leve (fase posterior a la metaplasia) se aconseja tratarlo de la misma forma, mientras que si es grave de segmento largo se recomienda la esofagectomía. El problema es que esta técnica tiene entre el 4 y el 10 por ciento de mortalidad y re-

quiere experiencia. Su elección dependerá de la edad, comorbilidades y preferencias del paciente, ya que la vigilancia tras la intervención ha de ser estrecha, cada tres meses.

Logros con funduplicatura

Alonso ha señalado que en diferentes publicaciones científicas sobre funduplicatura laparoscópica lo que se pretende buscar es si es capaz de reducir el riesgo de progresión del esófago de Barrett, o de inducir regresión de la metaplasia y de la displasia, o si el propio esófago de Barrett es ya *per se* una indicación para el tratamiento quirúrgico. "Hay varios metanálisis. *Annals of Surgery* publicó un estudio en 2007 donde concluía que la probabilidad de progresión después de la cirugía es del 2,9 por ciento frente a un 6,8 por ciento si se trata sólo con inhibidores de la bomba de protones. Otra in-

La endoscopia en esófago de Barrett debe hacerse con luz blanca y el endoscopista debe ser experto para que no confunda las mucosas

Hay estadísticas significativas a favor de la funduplicatura laparoscópica en cuanto a que reduce la progresión del esófago de Barrett

vestigación, publicada también en *Annals of Surgery* y coordinada por Pascual Parrilla Paricio, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, utilizó además una serie de biomarcadores (como Ki-67, p53 y el índice de apoptosis) para ver que el reflujo biliopancreático estaba presente en el 86 por ciento de los pacientes tratados con fármacos y solamente en el 21 por ciento de los pacientes sometidos a cirugía, y sólo hubo regresión en los pacientes sometidos a funduplicatura". El trabajo español concluyó que en los pacientes tratados con inhibidores de la bomba de protones el índice de apoptosis decrece significativamente, aumentando el riesgo de cáncer. Concluyen que la funduplicatura tipo Nissen produce estabilización y regresión de metaplasia y displasia pero no elimina totalmente el riesgo de evolución hacia adenocarcinoma.

Por último, según un estudio coordinado por Mahir M. Ozmen y publicado en *Surgical Endoscopy*, existe una regresión parcial o total del esófago de Barrett tras la funduplicatura hasta en el 62 por ciento de los pacientes. Además, la cirugía es superior a los fármacos en la regresión de la metaplasia y la displasia.