

## EDITORIAL

## Incidencia y prevalencia del esófago de Barrett en México

Se le llama esófago de Barrett (EB) al cambio que ocurre del epitelio escamoso normal del esófago hacia un epitelio columnar con presencia de células caliciformes. Se piensa que este tipo de metaplasia sucede como consecuencia de la exposición crónica del esófago al reflujo del ácido. El EB es el factor de riesgo aislado más importante para el desarrollo de adenocarcinoma del esófago. A pesar de ello, sólo un pequeño porcentaje de personas EB, la metaplasia progresará a displasia, y en porcentaje aún menor progresará la displasia a adenocarcinoma. Existe evidencia epidemiológica que la exposición crónica al ácido incrementa el riesgo a desarrollar adenocarcinoma del esófago.<sup>1</sup>

Se ha estimado que del total de las personas a quienes se les realiza una endoscopia superior por síntomas de reflujo, se encontrará EB en 10 a 14% de ellas;<sup>2</sup> sin embargo, si la endoscopia es realizada por cualquier indicación, la prevalencia encontrada de EB disminuye a 1% o menos. La incidencia de EB se ha visto incrementada a partir de la década de los 70, lo cual puede ser explicado en parte al indiscutible incremento en el número de endoscopias diagnósticas que se realizan hoy en día, así como a la inclusión del esófago de Barrett de segmento corto dentro de la clasificación del EB, el cual parece ser más frecuente que el de segmento largo. A pesar de este incremento en la incidencia, estudios realizados en autopsias demuestran que la mayoría de los casos de EB no son detectados en la población general y se estima que por cada caso conocido de EB, permanecen 20 casos sin ser diagnosticados,<sup>3</sup> además se ha encontrado que 95% de los casos diagnosticados de adenocarcinoma del esófago no tienen el antecedente de haber sido diagnosticados de EB. Se ha especulado que el EB se desarrolla en un promedio de 10-20 años antes de ser diagnosticado y que el promedio de edad de los sujetos al momento de hacer el diagnóstico es apenas un poco menor que la edad de los pacientes que se diagnostica adenocarcinoma asociado a EB.

En la literatura anglosajona se reporta que el EB es una enfermedad predominante en varones de raza blanca cuya prevalencia se incrementa con la edad hasta alcanzar una meseta en la séptima u octava década de la vida. Se estima que la edad promedio para desarrollar EB es a los 40 años, pero la edad promedio de diagnóstico es a los 63 años de edad, lo cual sugiere que esta condición puede permanecer sin ser diagnosticada por

un periodo de 20 años o más; sin embargo, los pacientes con EB desarrollan síntomas de reflujo a edades más tempranas, el tiempo de duración de los síntomas es más largo, los síntomas son más severos, en particular los síntomas nocturnos, y tienen mayor riesgo a desarrollar complicaciones relacionadas con el reflujo como las estenosis, úlceras esofágicas y hemorragia. Podemos decir entonces que el inicio de los síntomas a temprana edad, una larga duración de ellos, la presencia de síntomas nocturnos y la aparición de complicaciones, pueden ser marcadores de alto riesgo para desarrollar EB, sin olvidar que son factores de riesgo que se ha demostrado estar asociados también con el adenocarcinoma del esófago. A pesar de estas observaciones, la mayoría de los pacientes con EB presentan síntomas que no son diferentes a los encontrados en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no complicada con metaplasia columnar, y lo que también ha sido observado es que a pesar de que entre 10 y 15% de los sujetos con ERGE tienen EB, ni la frecuencia ni la severidad de los síntomas de reflujo correlacionan con la presencia de EB.

Desafortunadamente desconocemos qué es lo que sucede al respecto en nuestro país, por ejemplo, no conocemos qué porcentaje de la población adulta padece síntomas de reflujo una vez por mes, por semana o diariamente. Tampoco conocemos la prevalencia del EB en población abierta ni la incidencia de adenocarcinoma del esófago. Suponemos que al igual como sucede en otros países, el cáncer primario del esófago más frecuente ahora es el adenocarcinoma y no el carcinoma de células escamosas del esófago.

Basándonos en los trabajos realizados en otros países y tomando en cuenta los resultados reportados en cuanto a prevalencia del EB, en la probabilidad de progresión hacia adenocarcinoma del esófago y en el tiempo que tarda dicha progresión, hace que el costo de los estudios clínicos controlados para escrutinio y vigilancia del EB sean prohibitivos; sin embargo, bien podemos realizar en nuestro medio estudios epidemiológicos, observacionales y de casos y controles para conocer un poco más acerca del comportamiento epidemiológico de esta entidad en nuestro país.

En este número de la Revista de Gastroenterología de México se presentan dos trabajos sobre prevalencia y factores de riesgo del EB en población mexicana. En el estudio del Dr. Omar Trujillo y cols.,<sup>4</sup> se analiza la rela-

ción entre RGE sintomático y EB. Los autores reportan 109 pacientes consecutivos que fueron sometidos a endoscopia digestiva superior, y a quienes previo al estudio se les aplicó el cuestionario de Carlsson-Dent con el propósito de dividir a los pacientes con síntomas de reflujo de aquellos sin síntomas (37.6 vs. 62.4%, respectivamente), la prevalencia de EB diagnosticado por endoscopia e histología fue de 9.7 vs. 9.6%, respectivamente. Ya ha sido reportado anteriormente que muchos pacientes con EB presentan disminución en la sensibilidad del esófago a la perfusión del ácido. En este número el Dr. Omar Trujillo y cols.<sup>5</sup> hacen referencia a varias de las hipótesis que han sido propuestas para explicar dicha hiposensibilidad, y tal como se menciona, el mecanismo responsable de ello no está completamente dilucidado; sin embargo, debemos de recordar el hecho de que la prevalencia del EB se incrementa con la edad, y que a mayor edad de los pacientes la posibilidad de que estos presenten menor sensibilidad en el esófago es mayor. A pesar de todas estas consideraciones, me llama la atención que la prevalencia de EB encontrada en población de adultos de ambos sexos y sin síntomas de RGE en el estudio realizado en el CMN La Raza es bastante elevada (9.6%), mucho más a la reportada en otros países (< 1%) y lo que más llama la atención es el hecho de que ésta sea casi igual a la de los pacientes sintomáticos detectados por medio del cuestionario de Carlsson-Dent.

Por otro lado, en el mismo trabajo se hace mención de los factores de riesgo que se asociaron a EB en este grupo de adultos mexicanos, en primer lugar está la presencia de hernia hiatal, detectada en 90% de los pacientes con EB y en 42% de los que no presentaban EB, pero aún más importante fue el hallazgo relacionado con el tiempo de evolución de los síntomas de reflujo gastroesofágico cuyo promedio fue de 14.7 años en los pacientes con EB y de siete años en aquellos sin EB ( $p = 0.018$ ). Estos dos hallazgos sí concuerdan con lo que ha sido observado por autores de otros países. En el texto no se muestran los datos relacionados con la edad y género de los pacientes, pero se menciona al final de las conclusiones que no se observó una mayor asociación del EB con el género masculino ni con mayor edad de los paciente, hecho que llama la atención, ya que como se mencionó inicialmente, el género masculino y una mayor edad han sido factores constantemente asociados a EB por otros autores y en diferentes países. A pesar de que los autores concluyen que en el estudio no se encontró asociación entre el EB y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, yo considero que el haber detectado que

la mayoría de los pacientes con esófago de Barrett (90%) tienen hernia hiatal y que el tiempo de evolución de los síntomas de reflujo gastroesofágico en pacientes con EB es significativamente mayor que aquellos sin EB si establece una asociación entre ambas entidades, lo que ellos demuestran y que es muy importante, es el hecho de haber detectado un importante número de sujetos asintomáticos con EB.

El otro trabajo publicado en este número, es un estudio de casos y controles cuyo principal objetivo fue el determinar la prevalencia de EB en pacientes no seleccionados sometidos a esofagogastroduodenoscopia (EGD), así como el identificar los factores de riesgo asociados. En un periodo de 30 meses ellos realizaron un total de 4987 EGD y detectaron un total de 13 casos de EB, es decir, una frecuencia global de 0.26%, lo cual es extremadamente baja en comparación al estudio anterior y a lo reportado en la literatura. El 70% de los casos de EB encontrados fueron de segmento corto, y un mayor número de ellos fueron varones (nueve de 13). A pesar de no haber alcanzado desde el punto de vista estadístico una diferencia entre ambos grupos en lo que a la edad respecta, los pacientes portadores de EB tendieron a ser de mayor edad que los pacientes control con esofagitis erosiva.

Otro hallazgo que difiere con el estudio antes mencionado, es que en este grupo de sujetos, no se observó asociación entre la presencia de hernia hiatal y el EB; sin embargo, los sujetos con EB que sí tenían una hernia hiatal asociada, ésta era significativamente de mayor longitud que la de los sujetos control. El único factor de riesgo analizado por los investigadores de los dos trabajos y que se encontró estar presente en la población de ambos estudios realizados en nuestro país, es el tiempo de evolución de los síntomas, el cual mostró ser significativamente más prolongado en los sujetos con EB, lo cual nos sugiere que cuando existen síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico de larga evolución (más de cinco años) existe un mayor riesgo para desarrollar EB.

¿Qué podemos concluir de estos dos estudios? En primer lugar, que la frecuencia del EB en nuestro país en sujetos sometidos a EGD por cualquier indicación oscila entre 0.26 y 9.2%. En segundo lugar, que la presencia de síntomas de RGE de larga evolución es factor de riesgo para desarrollar EB, así como el hecho de ser portadores de una hernia hiatal grande. Con los resultados de estos dos trabajos no podemos saber si al igual que sucede en otros países, el EB es más frecuente en varones y menos aún si existen diferencias en la prevalencia de acuerdo con los diferentes grupos étnicos que componen nuestra población.

Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta  
Servicio de Gastroenterología  
Hospital General de Culiacán  
Secretaría de Salud

**REFERENCIAS**

1. Lagergren J, Bergstrom R, Lindaren A, et al. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *N Engl J Med* 1999; 340: 825-31.
2. Koop H. Reflux disease and Barrett's esophagus. *Endoscopy* 2000; 32: 101-7.
3. Cameron AJ, Lomboy CT. Barrett's esophagus: age, prevalence, and extent of columnar epithelium. *Gastroenterology* 1992; 103(4): 1241-5.
4. Trujillo-Benavides OE, Baltasar-Montufar P, Ángeles-Garay U, Ramírez-Mendoza P, Navarro-García A y cols. Asociación entre reflujo gástrico sintomático y esófago de Barrett. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70:
5. Carmona-Sánchez R, Solana-Sentíes S, Esmer-Sánchez D, Alvarez Toscano-Fernández JF. Prevalencia de esófago de Barrett en pacientes no seleccionados sometidos a esofagogastroduodenoscopia y factores de riesgo asociados. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: