

Nuevas técnicas en esofagoscopia intervencionista

Dr. Sergio Zepeda Gómez

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y esófago de Barrett

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la tercera causa más común de atención por padecimientos gastroenterológicos en Estados Unidos, con una prevalencia del 10 al 20%.¹ El impacto económico de la ERGE es muy alto, en especial con relación al tratamiento. Además, es de vital importancia la identificación de posibles complicaciones y su tratamiento, tales como el desarrollo de estenosis, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. En un principio, el papel de la endoscopia se limitaba al diagnóstico e identificación de complicaciones, sin embargo, actualmente la endoscopia terapéutica representa una opción más para el tratamiento de la ERGE y sus complicaciones en pacientes seleccionados.

Nuevo agente inyectable para ERGE

El tratamiento endoluminal de la ERGE ha evolucionado y tiene el potencial de disminuir la necesidad de utilizar medicamentos antisecretores en pacientes seleccionados. Existen diferentes técnicas endoscópicas para el tratamiento de la ERGE, éstas incluyen a la radiofrecuencia, técnicas de inyección endoscópica, sutura y plegadura endoscópica,² sin embargo, la mayoría de los estudios han incluido un número limitado de pacientes y carecen de un seguimiento a largo plazo. Además, la seguridad de estos métodos sigue siendo un motivo de preocupación, ya que se han reportado casos de complicaciones mayores, posterior a algunos procedimientos, lo cual ha obligado a retirar del mercado a ciertos dispositivos endoscópicos antirreflujo. Recientemente se publicó un estudio en el cual se evaluó la efectividad y seguridad a largo plazo de un nuevo agente inyectable endoscópico para el tratamiento de la ERGE. El agente, llamado Durasphere, es de un material biocompatible de burbujas de grafito cubiertas de carbono y suspendidas en un gel de agua y polisacáridos. En estudios previos para el tratamiento de incontinencia urinaria y rectal, se ha demostrado que la inyección de Durasphere es efectiva a largo plazo y libre de reacciones inmunológicas locales y sistémicas.³

El estudio incluyó a 10 pacientes con ERGE confirmada por pHmetría y en tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBPs), con hernia hiatal < 3 cm, y sin la presencia de esofagitis o con esofagitis leve. El agente Durasphere se inyectó 1 cm por arriba de la unión escamo-columnar en los 4 cuadrantes hasta observar aproximación completa de los pliegues esofágicos. Se evaluó el cambio en la escala de síntomas, uso de IBPs, pHmetría posterior y hallazgos endoscópicos con monitoreo de probables complicaciones por un periodo de 12 meses. Los resultados demostraron que el 70% de los pacientes suspendieron el tratamiento antisecretor por completo, los resultados de la pHmetría de control mejoraron y no se observó esofagitis en la endoscopia de control en ningún paciente, además no se reportaron eventos adversos. Los autores concluyeron que Durasphere es un nuevo agente prometedor para el tratamiento de ERGE leve sin efectos adversos evidentes a mediano plazo.⁴ A pesar de los resultados alentadores, éstos deben tomarse con reserva, ya que el tamaño de la muestra es muy pequeño y sólo se incluyó a pacientes con esofagitis leve o sin esofagitis. Se requieren estudios adicionales, con un mayor número de pacientes para que esta técnica pueda ser recomendada.

Mucosectomía y radiofrecuencia en esófago de Barrett
 El esófago de Barrett es una condición en la cual el epitelio escamoso del esófago distal es sustituido por un epitelio columnar anormal, conocido como metaplasia intestinal especializada y puede observarse hasta en un 15% de los pacientes con ERGE cuando se realiza un estudio endoscópico.⁵ En el pasado, los pacientes con displasia de alto grado o cáncer intramucoso eran referidos a cirugía y el papel de la endoscopia en esófago de Barrett se limitaba al diagnóstico y vigilancia de displasia y adenocarcinoma esofágico, sin embargo, actualmente las terapias ablativas endoscópicas han cambiado el panorama y cada vez más pacientes son referidos para tratamiento endoscópico. Existen técnicas de ablación en las cuales se puede recuperar tejido para análisis histopatológico y aqué-

llas en las cuales esto no es posible. Las lesiones visibles en el contexto de displasia deben tratarse con técnicas de adquisición de tejido como mucosectomía y cuando la metaplasia sea extensa, sin lesiones visibles se prefiere utilizar ablación por radiofrecuencia. Un estudio reciente, prospectivo, multicéntrico y aleatorizado evaluó el papel de la radiofrecuencia en pacientes con esófago de Barrett con displasia de bajo y alto grado. A los 12 meses de seguimiento, en los pacientes con displasia de bajo grado, se demostró la erradicación de la misma en el 90.5% de los casos en comparación con el 22.7% del grupo control ($p < 0.001$). En los pacientes con displasia de alto grado, la erradicación se logró en el 81% de los casos tratados con radiofrecuencia, en comparación con el 19% del grupo control ($p < 0.001$). Los pacientes en el grupo de radiofrecuencia tuvieron menor progresión de la enfermedad (36 vs 16.3%, $p = 0.03$) y menor incidencia de cáncer (1.2 vs 9.3%, $p = 0.045$). Las complicaciones relacionadas con radiofrecuencia se limitaron a estenosis esofágica en el 6% de los casos.⁶ Estos resultados representan un gran progreso hacia el tratamiento endoscópico ideal para los pacientes con esófago de Barrett y displasia. En relación a erradicación endoscópica completa del esófago de Barrett y displasia de alto grado y/o cáncer intramucoso mediante mucosectomía, un estudio retrospectivo analizó los resultados de esta modalidad en 49 pacientes en un centro de tercer nivel. Se utilizó endoscopia de alta definición e imagen de banda estrecha (NBI) así como ultrasonido endoscópico en todos los casos para el estadiaje y para descartar invasión submucosa. Treinta y tres pacientes presentaban displasia de alto grado y 16 cáncer intramucoso, se requirieron 2.1 sesiones de tratamiento en promedio. Las biopsias de seguimiento demostraron epitelio escamoso normal en el 96% de los pacientes, con un promedio de remisión de 23 me-

ses. Diez de 46 pacientes (21%) que continuaron con vigilancia endoscópica presentaron epitelio de Barrett subescamoso en las biopsias o mucosectomías de seguimiento. La mucosectomía permitió un mejor análisis histopatológico y mejoró el estadiaje de las lesiones. El 37% de los pacientes presentó estenosis esofágica que se manejó con dilataciones endoscópicas. No se presentaron complicaciones mayores.⁷ Este estudio demuestra la efectividad de esta modalidad en el tratamiento y vigilancia de los pacientes con esófago de Barrett con displasia de alto grado y/o cáncer intramucoso. Los pacientes con esófago de Barrett deben seleccionarse adecuadamente para ofrecerles la mejor alternativa de tratamiento.

Referencias

1. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 219-24.
2. AGA Institute Technical review on the use of endoscopic therapy for gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2006; 131: 1315-36.
3. Davis K, Kumar D, Poloniecki J. Preliminary evaluation of an injectable anal sphincter bulking agent (Durasphere) in the management of fecal incontinence. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 237-43.
4. Ganz R, Fallon E, Witchhow T, et al. A new injectable agent for the treatment of GERD: results of the Durasphere pilot trial. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 318-23.
5. Spechler SJ. Clinical practice: Barrett's Esophagus. *N Engl J Med* 2002; 346: 836-42.
6. Shaheen NJ, Sharma p, Overholt B, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med* 2009; 360: 2277-2288.
7. Chennat J, Konda V, Ross A, et al. Complete Barrett's eradication endoscopic mucosal resection: an effective treatment modality for high-grade dysplasia and intramucosal carcinoma- an American single-center experience. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2684-2692.