



DIAGNÒSTIC ENDOSCÒPIC DE L'ESOFAG DE BARRETT NO COMPLICAT I EN PRESENCIA D' ESOFAGITIS PER REFLUXE

Dr. Josep M^a Castellví

Hospital de Mataró

XXVI Congrés de la Societat catalana de digestologia

Lleida 26-28 gener de 2017



INTRODUCCIÓ

- No és fàcil, a vegades, diagnosticar per endoscòpia quan un pacient té EB. Sobretot quan és EB curt.

criteris diagnòstics i Classificació a Praga.

- L'estudi anatomopatològic (AP) de les biòpsies de endoscòpiques de l'EB determina el pronòstic i el tractament. És freqüent trobar pacients amb EB i signes de d'esofagitis per refluxe (ER) durant l'endoscòpia.

La inflamació produïda per ER interfereix en l'estudi AP de les biòpsies.

Com i quan hem de fer les biòpsies.

CAS CLÍNIC

Dona de 68 anys. HTA, Diabetis mellitus tipus 2, apendicectomia, histerectomia, túnel carpià.

- Diagnosticada d'esòfag de Barrett el 2004, funduplicatura 2006.

- 2013 (nostre centre): esòfag de Barrett C5M7, esofagitis grau I, hèrnia de hiatus, funduplicatura incompleta.

AP: metaplàsia intestinal sense displàsia.

Asimptomàtica (no piroso).

Tractament: omeprazol 20 mg/dia i control en 3 anys.

2016: gastroscòpia de control.

Memoria port LLENA E415
Confirm capacidd





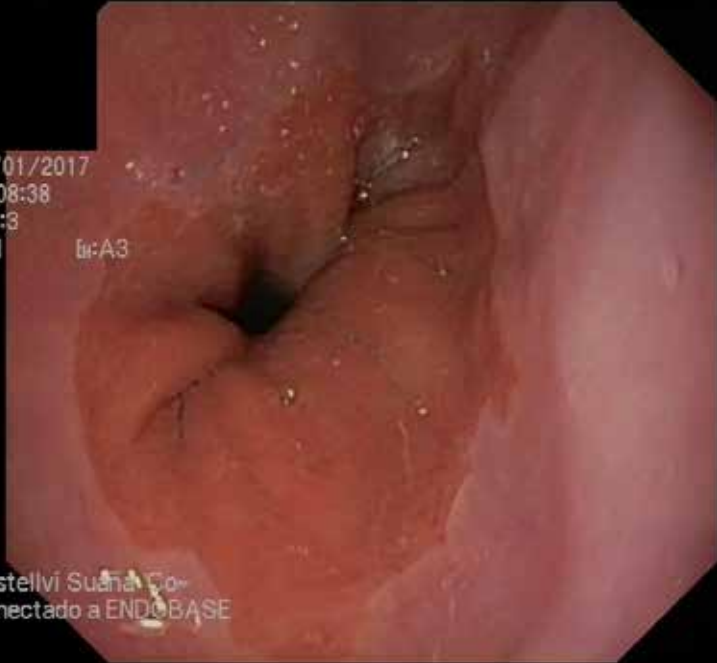
Hem de sospitar EB per endoscòpia quan?

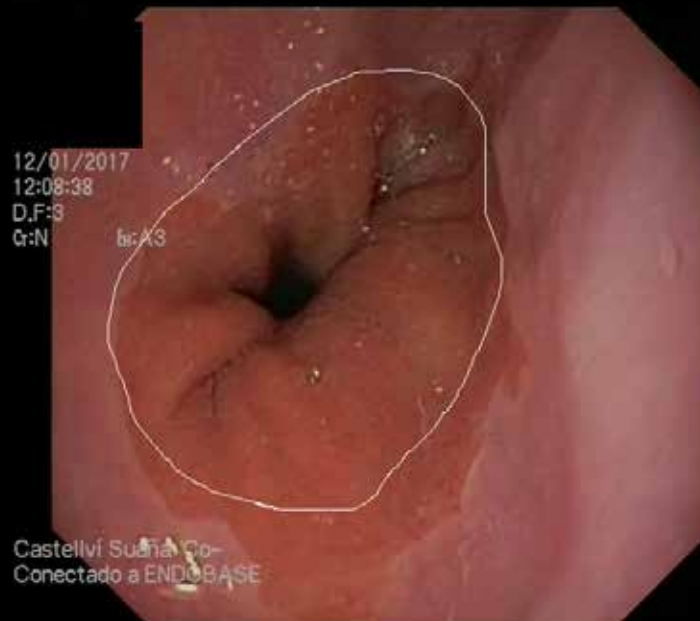
- 1- Canvi de mucosa que progressi proximalment des dels plecs gàstrics.
- 2- Canvi de mucosa que progressi proximalment des dels plecs gàstrics ≥ 1 cm.
- 3- Canvi de mucosa que progressi proximalment des dels plecs gàstrics ≥ 2 cm.
- 4- Canvi de mucosa que progressi des del hiatus diafragmàtic.

12/01/2017
12:08:38
D,F:8
Cr:N

Et:A3

Castellvi Suana Co-
Conectado a ENDOBASE





Diagnòstic EB: qualsevol extensió d'epiteli columnar metaplàstic que substitueixi l'epiteli escamós de l'esofag distal i que predisposi a càncer. Requereix la presència de metaplàsia intestinal (MI).

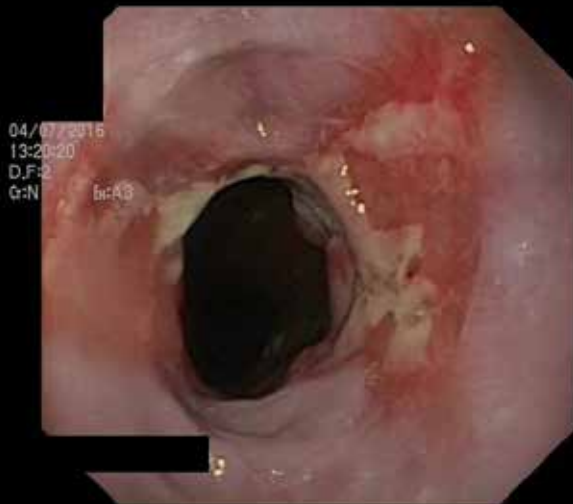
La MI és molt freqüent (20 - 40%) a la unió esòfago-gàstrica (<1 cm), però aquesta no condiciona major risc de displàsia ni càncer en aquesta Localització.

Am J Gastroenterol 2011; 106: 1447-55.

GPC: www.gastro.org (2011), www.giejournal.org (2012), www.gut.bmj.com (2013), www.nature.com/ajg (2015)

En cas d'EB sense lesions sospitoses i signes d'esofagitis per refluxe C o D de l'escala de Los Angeles. Quina és la millor actitud a seguir?

- 1- Prendre biòpsies per valorar la presència de displàsia.
- 2- Prendre biòpsies i avisar al patòleg que el pacient té esofagitis per refluxe.
- 3- No prendre biòpsies, donar tractament amb IBP a altes dosis x 6 setmanes i repetir l'endoscòpia per revalorar i biopsiar.
- 4- Utilitzar cromoendoscòpia (NBI) per valorar la mucosa i fer biòpsies dirigides.



IBP x 6 setmanes



Si esofagitis refluxe: possibles canvis reactius a l'AP.
Més si esofagitis C-D que A-B.

Cost efectiu:

- Si esofagitis C-D: no biopsiar.

IBP altes dosis x 6 setmanes i repetir endoscòpia + biòpsies.

- Si esofagitis A-B: biopsiar.

Si displàsia: revisar AP per patòleg expert o IBP altes dosis x 6 setmanes i repetir endoscòpia + biòpsies.

Si en un EB de < 3 cm les primeres biòpsies no mostren metaplàsia intestinal (MI). Quina és l'actitud correcte?

- 1- El pacient no té EB i no cal fer més endoscòpies.
- 2- Repetir l'endoscòpia + biòpsies en 1-2 anys. Si no té MI no cal fer més endoscòpies.
- 3- Repetir l'endoscòpia + biòpsies en 1-2 anys. Si no té MI seguir fent endoscòpies cada 3-5 anys.
- 4- Encara que no tingui MI el pacient té EB i, per tant, fer el seguiment endoscòpic com a tal.

Si en un EB de < 3 cm les primeres biòpsies no mostren metaplàsia intestinal. Quina és l'actitud correcte?

Si primeres biòpsies sense MI repetir endoscòpia en 1-2 anys perquè en un 30% trobarem MI.

Si segones biòpsies sense MI: no cal seguiment.

GPC - British (2013): es refereixen només a EB < 3 cm (en més llarg pot haver-hi més error de mostreig). www.gut.bmj.com

GPC - ACG (2015): no parlen de si és EB curt o llarg. www.nature.com/ajg, Am J Gastroenterol 2014; 109: 178-82

Comentaris

- El diagnòstic endoscòpic de l'EB pot ser difícil en ocasions: EB curts.
- Requereix endoscòpia de qualitat: alta definició, temps, sedació, neteja, insuflació, fotos, vídeo.
- Descripció acurada de les troballes: classificació de Praga, illots, lesions sobreafegides.
- Biopsiar de forma estandaritzada.
- AP: informar si esofagitis. Valorar canvis reactius per l'esofagitis.