

11201
34



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
" LA RAZA "

UTILIDAD DEL MANEJO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO
ENDOSCOPICO E HISTOLOGICO DE ESOFAGO DE BARRETT

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN
ANATOMIA PATOLOGICA

PRESENTA
DRA. ROCIO OROZCO MENDOZA

ASESOR: DR. PABLO RAMIREZ MENDOZA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MÉXICO D.F.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

2009

NOMBRE: OROZCO MENDOZA

ROCIO

FECHA: 4 SEPT 2002

FIRMA: [Firma]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

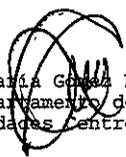
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

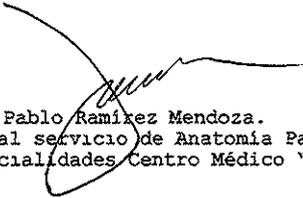
UTILIDAD DEL MANEJO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO E HISTOLOGICO DE ESOFAGO DE
BARRETT



Dr. Arturo Robles Páramo.
Jefe de Educación e Investigación Médica



Dra. Ana María González Ramírez.
Jefe de Servicio del departamento de Anatomía Patológica.
Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza".



Dr. Pablo Ramírez Mendoza.
Médico Adscrito al servicio de Anatomía Patológica.
Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dra. Rocío Orozco Mendoza.
Médico Residente de la Especialidad en Anatomía Patológica.
Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza".

No definitivo de protocolo: 99-690-005



~~DIVISION DE ESPECIALIZACIONES~~
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M

ho tal de especialidades
DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

DEDICATORIA

A mis padres:

Haz todo el bien que puedas,
todas las veces que puedas,
a todo la gente que puedas,
en todos los lugares que puedas,
durante todo el tiempo que puedas...
y no lo menciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

APENDICE

BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

RESUMEN

TITULO. Utilidad del manejo protocolizado de biopsias de pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de Esófago de Barrett.

OBJETIVO. Determinar la utilidad de la toma de biopsias esófago-gástricas tomando como referencia la unión esofagogastrica para establecer el diagnóstico de Esófago de Barrett.

MATERIAL Y METODOS. Se obtuvieron 27 biopsias de pacientes con diagnóstico previo de Esófago de Barrett, a los cuales se les realizaron biopsias a partir de la unión esofagogastrica cada 2 cm en forma espiral. Las biopsias fueron etiquetadas y enviadas en frascos por separado.

RESULTADOS. En relación con los datos de 1997 se corroboró que al enviar las biopsias a partir de la unión esofagogastrica hay una mejor valoración en cuanto al tipo histológico de metaplasia y el grado de displasia que se encuentre, además de la localización anatómica exacta. Las edades de presentación variaron entre los 21 a 83 años con un predominio en el sexo masculino, los síntomas clínicos más comunes fueron el reflujo y pirosis, el tiempo de evolución vario ampliamente. El tipo histológico mas frecuentemente encontrado es el de tipo intestinal especializado, (39.3%) seguido del cardial. La displasia de bajo grado se encontró en la mayoría de los casos, predominantemente en la pared anterior.

CONCLUSIONES. Teniendo una mejor comunicación con el endoscopista y teniendo datos completos, así como el enviar las biopsias por separado, se logrará tener un mejor diagnóstico histológico y por lo tanto un mejor control endoscópico y valoración del tratamiento en este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE. Esófago de Barrett, protocolizado, esofagogastrica, displasia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5

ABSTRACT

TITLE. PROTOCOLIZED BIOPSIES FOR PATIENTS WITH ENDOSCOPIC/BIOPTIC DIAGNOSIS OF BARRETT ESOPHAGUS. ITS USEFULNESS.

OBJETIVE. If the protocolized biopsies of esophagus-gastric union take close the lower esophageal esphincter lend to establish the Barrett's Esophagus diagnosis.

MATERIAL AND METHODS. In 27 biopsies of patients with Barrett's Esophagus, of lower esophageal esphincter take in this region and each 2 cm in spiral form and sends in flasks by separate.

RESULTS. Relationship with the dates of 1997. In this study can corroborate that if is taking the biopsy of lower esophageal esphincter exist a better valuation in relation with type of metaplasia and grade of displasy, and location in the anatomic site.

The mean age in this study were 21 to 83 years, and to sex distribution were in men more than women, symptoms more frequent were reflux and pirosis. The evolution time were very variety.

Microscopically the epithelium with major prevalence was especialized columnnar (39.3%) and cardial. The category low grade dysplasia is found in all cases and location in the anterior wall.

CONCLUIONS. With a better communication between the endoscopist and pathologic can be a better diagnosis and control endoscopic for this patients.

KEY WORDS. Barret's Esophagus, protocolized, esophagogastric, dysplasia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6

BIOPSIA CON
HISTORIA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La presencia de epitelio columnar en la mucosa del esfínter esofágico distal se ha definido como "Esófago de Barrett", término adoptado en 1950 por N. R. Barrett.¹ Evidencias clínicas y experimentales indican que este cambio es adquirido como resultado de ulceración y subsecuente re-epitelización por una célula multipotencial de origen esofágico y/o gástrico que permite reemplazar el área dañada por un tipo de epitelio que resista la agresividad a la que está expuesta. La ulceración es inducida por el reflujo gástrico en un 10% de los pacientes. La gran mayoría de los pacientes son adultos, pero también se ha reportado en niños, algunas veces asociado a fibrosis quística. Sin embargo, la incidencia en los estudios de seguimiento de pacientes con "Esófago de Barrett (EB)" es baja, aproximadamente 1/200 a 1/400 pacientes-año.²

La sospecha diagnóstica del (EB) se basa principalmente en los síntomas como el reflujo, pirosis y dolor retroesternal; en algunos casos, existe historia de tabaquismo y alcoholismo, también los estudios de gabinete como estudios radiográficos con bario y manometría intraesofágica con monitoreo de pH son de gran ayuda, sin embargo, para la confirmación del diagnóstico es necesario un examen endoscópico con biopsia y estudio histológico.¹⁻³⁻⁴

El endoscopista observa una mucosa rojiza envolviendo circunferencialmente al esófago distal o una o más proyecciones digitiformes a partir de la unión esofagogástrica.²⁻⁵ Es esencial que las biopsias sean tomadas alrededor del esfínter esofágico inferior (EEI) cada dos centímetros a partir de este punto de forma espiral abarcando todo el diámetro del esófago y del segmento alterado, ya que existen algunos problemas para definir la extensión de EB, así como para determinar la localización de la unión gastroesofágica y medir la extensión del EB en presencia de hernia hiatal; de esta manera deberán ser referidas al patólogo.⁶

La significación clínica del EB está relacionado con las complicaciones secundarias, como: el desarrollo de úlceras (úlceras de Barrett), estenosis, sangrados, perforaciones hacia el mediastino, extensión del daño, pero una de las complicaciones más importantes es la displasia que se ha reportado en un 10 % al 45 % y que puede evolucionar hacia adenocarcinoma. El riesgo de desarrollarlo en pacientes con EB es mayor en la población general, pero no se ha realizado en nuestro país, un estudio decisivo con un amplio grupo de pacientes con EB, para determinar la frecuencia de malignidad subsiguiente.¹⁻⁴⁻⁸

Histológicamente, las biopsias de este sitio, muestran epitelio columnar llamado intestinal o especializado como dato patognomónico de esta lesión. El EB es un espectro de características histopatológicas. Los tipos de células encontradas identifican el tipo de epitelio. Existen tres tipos de metaplasia:

- 1) Tipo cardial gástrico: como su nombre lo indica, recuerda a la mucosa gástrica de la región cardial, este tipo puede producir una configuración vellosa; las células epiteliales son de tipo mucí tanto en la superficie como en la porción glandular, también se encuentran células endócrinas, escasas principales y parietales.

- 2) Tipo fúndico: suele ser el menos común y de nuevo como su nombre lo indica es semejante al que se observa en la región del fondo; este tipo de mucosa contiene células columnares mucosas y abundantes células parietales y principales.
- 3) Tipo intestinal especializado: es el más comúnmente encontrado, presenta una configuración vellosa y criptas; el epitelio de las estructuras vellosas y de las glándulas está compuesto por células columnares mucosas, células globosas que suelen teñirse con la tinción de P.A.S. y mucicarmin. Este tipo de células son idénticas a las observadas en el epitelio del intestino delgado y grueso. También podemos encontrar células de paneth, endócrinas, y escasas células principales y parietales.⁷⁻⁹

Existen otros tipos de mucosa que se presentan en el esófago y que pueden causar confusión si no se obtienen los datos endoscópicos correctos, dentro de estas encontramos:

- 1) Mucosa gástrica cardial ó fúndica verdadera: en este tipo, usualmente la biopsia ha sido tomada de una hernia hiatal, por lo tanto la distancia del EEI no es la correcta y la imagen histológica no puede diferenciarse de un EB.
- 2) Restos de células ciliadas embrionarias: representan remanentes del epitelio columnar que cubre el esófago alrededor del séptimo mes, es más frecuente en los niños y adultos jóvenes y en la porción superior del esófago.
- 3) Remanentes traqueobronquiales: se observan en la porción inferior del esófago, la superficie del epitelio muestra células cilíndricas, ciliadas pseudoestratificadas que recuerda al epitelio respiratorio, en casos muy raros encontramos cartilago.
- 4) Heterotopia gástrica (ectopia): ocurre como resultado de una diferenciación anormal en el periodo de desarrollo embrionario. Se observan pequeños focos de epitelio cilíndrico que recuerdan a la mucosa de tipo fúndica, transicional ó antral mezclados con el epitelio plano estratificado; y generalmente se localizan en la porción superior del esófago.⁷⁻¹⁴

La displasia se presenta en el epitelio que previamente ha sufrido metaplasia; se ha observado que puede presentarse en los tres tipos histológicos de metaplasia. Sin embargo, la metaplasia de tipo intestinal especializado es la que muestra mayor riesgo de progresión hacia displasia. Se ha encontrado que solo un 5 a 10% de las displasias en EB no evolucionan hacia adenocarcinoma; de manera inversa, en varias series se ha encontrado que en el 68% a 100% de los adenocarcinomas existe el diagnóstico previo de esófago de Barrett.⁹⁻¹³

La displasia es - histológicamente - una alteración neoplásica del epitelio y se considera no-solo como el marcador o precursor del carcinoma sino que puede por sí mismo ser maligno y asociarse a invasión del tejido adyacente; La displasia se identifica basándose en la combinación de características microscópicas que incluyen alteraciones arquitecturales que van más allá de la reparación y que con frecuencia recuerdan al arreglo de los adenomas, así como anomalías citológicas. El epitelio es hiper celular, con estratificación y alargamiento de las células, irregularidad, núcleos pleomórficos, pérdida de la polaridad, hiper cromatismo con distribución anormal de la cromatina y nucleolo prominente. Puede ser clasificada usando el mismo sistema que para la displasia de intestino delgado, basada en estos datos morfológicos, que consiste en tres categorías:¹⁰⁻¹¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8

Negativo
Indefinido
Positivo
 Bajo grado
 Alto grado

En la imagen microscópica indefinida para displasia existen factores que afectan la interpretación de las biopsias, siendo imposible distinguir algunos cambios inequívocos positivos o negativos a displasia. En esta clasificación, se incluyen las biopsias que presenten patrones de crecimiento desordenado, alteración inflamatoria intensa y regeneración. Esta categoría puede ser subdividida en: "probablemente negativa", "desconocida" y "probablemente positiva"; por lo que en estos casos se requiere nuevas biopsias y una correlación con la imagen endoscópica.¹⁰

La categoría positivo para displasia muestra datos morfológicos francamente neoplásicos y se subdividen de acuerdo a su severidad, en "displasias de bajo grado" las cuales se caracterizan por presentar glándulas aún regulares con células columnares altas y que recuerdan a los adenomas, núcleos hiper cromáticos e irregulares con algún grado de pleomorfismo y elongación, "las displasias de alto grado" incluyen a los carcinomas *in situ*, en los cuales encontramos severa alteración arquitectural de las glándulas con hiper celularidad, y marcados cambios nucleares como hiper cromatismo, estratificación, pérdida de la polaridad, alargamiento. Podemos encontrar invasión de la submucosa ó extensión hacia las porciones superiores del epitelio; dispersión de gránulos mucosos y pérdida de células globosas maduras.¹²⁻¹³

El riesgo de desarrollar un carcinoma invasivo en pacientes con displasia en EB es muy elevado en especial cuando existe una displasia de alto grado. Técnicas especiales como la citología y la citometría de flujo son de ayuda en la detección de la displasia. El carcinoma invasivo desarrollado en un EB es casi siempre del tipo adenocarcinoma y el riesgo de presentarlo es del 30 a 40 veces mayor que en la población general. Se estima que ocupa del 5 al 10% de todos los carcinomas del esófago. La principal característica que sugiere que un adenocarcinoma fue originado en un EB es la asociación con la displasia y la localización de más de la mitad de la masa tumoral en el esófago. El tumor puede ser multicéntrico y con frecuencia ser muy avanzado al tiempo del diagnóstico con extensión a la pared y ganglios con metástasis. Existen otros tipos de carcinoma que pueden ser originados en un EB como el carcinoma adenoescamoso, carcinoma epidermoide, carcinosarcoma, carcinomas neuroendócrinos, coriocarcinoma y tumor del saco de yolk en un muy bajo porcentaje (2%).⁹⁻¹²⁻¹⁴

Realizamos una revisión de 113 biopsias de la unión esofagogastrica llevadas a cabo en nuestro hospital en 1997, se encontraron 66 (58.4%) con el diagnóstico de EB, sin embargo se observó que existe una gran discordancia entre el diagnóstico endoscópico e histológico debido a la carencia de datos clínicos y endoscópicos, y sobre todo al hecho de que se toma como referencia la distancia a partir de la arcada dentaria, lo cual es inadecuado debido a que existe una variación anatómica amplia de esta distancia, ésta referencia no permite tener un seguimiento de control en los pacientes con este diagnóstico.¹⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9

Biopsias esófago-gástricas realizadas en 1997.

Diagnóstico endoscópico de envío (133 biopsias).	Correlación entre diagnóstico endoscópico e histológico de Esófago de Barrett (%)	Confirmación histológica	
Esófago de Barrett	36	28 (77.7%)	21.0%
Segmento corto	6	4 (66%)	3.0%
Úlcera	4	3 (75%)	2.2%
Neoplasias	4	1 (25%)	0.7%
Sin datos	83	30 (36.1%)	22.5%
Total	133	66 (49.6%)	49.6%

Como alternativa de solución a este problema, se propuso al departamento de Endoscopías realizara la toma de biopsias y el envío de estas muestras de acuerdo a lo establecido en la literatura⁸⁻¹⁵ para valorar su utilidad al especificar el sitio anatómico y el tipo de metaplasia y displasia en cada biopsia. Esto además podría facilitar un mejor control endoscópico e histológico posterior de estos pacientes pues en el primer reporte se señalarían los sitios anatómicos con mas alteraciones histológicas lo que orientaría al endoscopista para que revisara con mayor énfasis la región mas afectada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ El manejo protocolizado de la endoscopia esofagogástrica que incluye la determinación de la distancia de la toma de biopsia a partir de la unión esófago-gástrica permitirá al médico anatomopatólogo establecer con mayor exactitud los sitios de metaplasia premaligna y la displasia misma?



JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

El manejo tradicional de la toma de biopsia de la unión esófago-gástrica que toma como referencia la arcada dentaria para delimitar el sitio de toma de biopsia no permite establecer con exactitud los sitios de metaplasia premaligna y displasia, lo que constituye una dificultad para el control endoscópico subsecuente de estas lesiones. El manejo protocolizado de la toma de biopsia tomando la unión esófago-gástrica como punto de partida ofrece una referencia más adecuada para establecer con mayor exactitud el diagnóstico de Esófago de Barrett.

OBJETIVOS

Principal:

Determinar la utilidad de la toma de biopsias esofago-gástricas tomando como referencia la unión esofagogastrica para establecer el diagnóstico de Esófago de Barrett.

Específicos:

-Determinar la utilidad diagnóstica de las biopsias esofagogastrica tomando como referencia la unión esofagogastrica para la localización de metaplasia premaligna y displasia.

-Determinar la utilidad diagnóstica de las biopsias esofago-gástricas tomando como referencia la unión esofagogastrica para localizar la situación anatómica más frecuente con relación a la displasia.

-Correlacionar la frecuencia de edad, sexo, toxicomanías en la población estudiada con la presencia y localización de metaplasia y displasia en los sujetos con diagnóstico de esófago de Barrett.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13

MATERIAL Y METODOS

Como parte de un estudio observacional, prospectivo, transversal descriptivo, se realizó un estudio en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, en el cual participaron los departamentos de Anatomía Patológica y Endoscopias.

A dos médicos del departamento de Endoscopias se les propuso que durante los meses de marzo a diciembre de 1998, fuera diseñada una hoja, para los pacientes en control de Esófago de Barrett en los cuales se obtuvieran datos como edad, sexo, tiempo de evolución, síntomas, toxicomanías. Las biopsias fueran tomadas cada 2 cm en forma espiral, abarcando todo el diámetro y longitud del segmento afectado y tomando como referencia la unión esófago-gástrica, se especificó la distancia gráficamente. Las muestras fueron enviadas etiquetadas correctamente y en frascos por separado. En el departamento de Patología, se incluyeron por separado de acuerdo a número progresivo y procesadas con el método habitual de parafina, teñidas con hematoxilina y eosina y varios niveles por laminilla. Fueron interpretadas de primera intención por un solo patólogo, posteriormente se invitó a tres más con el objeto de confirmar los datos morfológicos de la displasia.

RESULTADOS

Se realizó una revisión de 113 biopsias que venían referidas como de unión esófago-gástrica, de estas sólo 66 fueron corroboradas histológicamente, se obtuvieron algunos datos pero en la mayoría de estos estaban incompletos. Se localizaron las laminillas y en el caso de no tener el caso completo se solicitaron recortes de los bloques de parafina para completarlos.

De los 66 casos se lograron obtener los siguientes datos: las edades variaron desde los 21 hasta los 83 años con una media de 56.2 años; fueron 45 hombres y 21 mujeres. El diagnóstico clínico se encontró en 61 y el de EB en 43 (65%), el diagnóstico endoscópico se obtuvo en 35 y el de EB en 27 (41%). Se reclasificaron histológicamente de acuerdo al tipo de metaplasia y displasia.

Encontramos que la metaplasia de tipo cardial se presentó en 26 casos (39.3%), el tipo fúndico en 11 (16.6%) y el intestinal especializado en 50 (75.7%). Sólo se encontró cuatro con displasia, de las cuales 3 fueron de bajo grado, 1 de alto grado y 2 indefinidas para displasia

De acuerdo a estos datos se realizó un estudio prospectivo con la finalidad de corroborar que al obtener los datos clínicos y endoscópicos completos; como la distancia a la que fue tomada teniendo como referencia la unión esófago-gástrica y el sitio anatómico es factible concretar un diagnóstico definitivo.

Se obtuvo durante un periodo de 10 meses a 27 pacientes que asistieron a control endoscópico de EB y a quienes se les tomó los siguientes datos: edad, sexo, síntomas, toxicomanías, tiempo de evolución. Por endoscopia la toma de biopsia fue a partir de la unión esófago-gástrica y se especificó la distancia y el sitio anatómico.

Las edades de estos pacientes variaron entre los 21 a 83 años con una media de 58.8, fueron 20 hombres y 7 mujeres, los síntomas de reflujo y pirosis se presentaron en el 100% de los pacientes, seguido de dolor retroesternal y sangrados ocasionales. Hubo historia de alguna toxicomanía en 19 casos. El tiempo de evolución fue desde 1 año hasta padecimientos crónicos de 40 años.

Histológicamente el número de fragmentos enviados varió de acuerdo a la longitud del segmento dañado; en cuanto al tipo de metaplasia encontramos que el tipo cardial se presentó en 18 casos (66.6%), el tipo fúndico en 5 (18.5%) y el intestinal especializado en 25 (92.5%). Se encontraron 14 biopsias con displasia, de estas, todos los casos tenían fragmentos con displasia de bajo grado y 3 con displasia de alto grado; 7 casos tenían fragmentos indefinidos para displasia.

De acuerdo a la localización enviada por el endoscopista se observó que la pared anterior (14 fragmentos) es el sitio en el que encontramos el mayor número de fragmentos con displasia, le sigue en frecuencia la pared lateral izquierda (13 fragmentos), pared posterior (11 fragmentos) y la pared lateral derecha (7 fragmentos) y a partir de los 4 cm de la unión esofagogástrica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15

DISCUSION

En los pacientes con reflujo gastroesofágico persistente, el esófago distal puede estar tapizado por epitelio columnar secretor en lugar del epitelio plano estratificado habitual. El EB es pues, una afección en la que el esófago distal por arriba del EEI está revestida por mucosa de tipo gástrico o intestinal. Aunque puede ser de origen congénito(?) con más frecuencia se trata de una afección adquirida y representa una importante complicación del reflujo gastroesofágico de larga evolución.

El diagnóstico de EB se realiza con facilidad mediante estudio endoscópico, sin embargo el diagnóstico histológico presenta ciertas dificultades, ya que el hecho de desconocer la distancia a la que fue tomada ó el hecho de tener una medida errónea lleva a una mala interpretación y sobrediagnosticar el EB. Existen muchos factores que pueden alterar la distancia del EEI como la hernia hiatal o en pacientes postoperados de funduplicatura.

Se recomienda que el tamaño de las biopsias sea de aproximadamente 0.2 cm ya que así podremos tener mayor número de recortes por laminilla y valorar con detenimiento todos y cada uno de los fragmentos. Debemos obtener biopsias de esófago para evaluar el daño sobre éste en casos con reflujo gastroesofágico, esofagitis por reflujo y cuando se observen úlceras, esto ha sido muy controvertido ya que algunos autores han reportado que son una excelente herramienta diagnóstica y suele apoyar o rechazar el diagnóstico de EB, sin embargo, otros autores no son partidarios de esta propuesta.

Los criterios diagnósticos histológicos para el EB son: 1) la presencia de mucosa de Barrett ó 2) demostración de otro tipo de mucosa columnar con características histopatológicas apropiadas para EB.

Para ayudar al endoscopista en el control de estos pacientes se logró que al obtener el sitio anatómico preciso, se identificara que la pared anterior, es el sitio en el que mayormente encontramos fragmentos con displasia y metaplasia premaligna, seguido de la pared lateral izquierda, pared posterior y pared lateral derecha respectivamente.

El diagnóstico de displasia en una biopsia con intensos cambios inflamatorios o de tipo regenerativo, suele tener una gran dificultad, sin embargo existen cambios morfológicos *sine qua non* para las displasias de bajo y alto grado las cuales deberán ser bien valoradas, tal vez hasta por dos patólogos.

Para el patólogo y el endoscopista será de gran utilidad conocer las biopsias previas de pacientes con diagnóstico previo de EB ya que con esto se logrará determinar la evolución y la respuesta al tratamiento.

El pronóstico de adenocarcinoma en el EB es pobre, con una supervivencia a 5 años de 14.5% y es similar al del carcinoma epidermoide del esófago.



DISCUSION

En los pacientes con reflujo gastroesofágico persistente, el esófago distal puede estar tapizado por epitelio columnar secretor en lugar del epitelio plano estratificado habitual. El EB es pues, una afección en la que el esófago distal por arriba del EEI está revestida por mucosa de tipo gástrico o intestinal. Aunque puede ser de origen congénito(?) con más frecuencia se trata de una afección adquirida y representa una importante complicación del reflujo gastroesofágico de larga evolución.

El diagnóstico de EB se realiza con facilidad mediante estudio endoscópico, sin embargo el diagnóstico histológico presenta ciertas dificultades, ya que el hecho de desconocer la distancia a la que fue tomada ó el hecho de tener una medida errónea lleva a una mala interpretación y sobrediagnosticar el EB. Existen muchos factores que pueden alterar la distancia del EEI como la hernia hiatal o en pacientes postoperados de funduplicatura.

Se recomienda que el tamaño de las biopsias sea de aproximadamente 0.2 cm ya que así podremos tener mayor número de recortes por laminilla y valorar con detenimiento todos y cada uno de los fragmentos. Debemos obtener biopsias de esófago para evaluar el daño sobre éste en casos con reflujo gastroesofágico, esofagitis por reflujo y cuando se observen úlceras, esto ha sido muy controvertido ya que algunos autores han reportado que son una excelente herramienta diagnóstica y suele apoyar o rechazar el diagnóstico de EB, sin embargo, otros autores no son partidarios de esta propuesta.

Los criterios diagnósticos histológicos para el EB son: 1) la presencia de mucosa de Barrett ó 2) demostración de otro tipo de mucosa columnar con características histopatológicas apropiadas para EB.

Para ayudar al endoscopista en el control de estos pacientes se logró que al obtener el sitio anatómico preciso, se identificara que la pared anterior, es el sitio en el que mayormente encontramos fragmentos con displasia y metaplasia premaligna, seguido de la pared lateral izquierda, pared posterior y pared lateral derecha respectivamente.

El diagnóstico de displasia en una biopsia con intensos cambios inflamatorios o de tipo regenerativo, suele tener una gran dificultad, sin embargo existen cambios morfológicos *sine qua non* para las displasias de bajo y alto grado las cuales deberán ser bien valoradas, tal vez hasta por dos patólogos.

Para el patólogo y el endoscopista será de gran utilidad conocer las biopsias previas de pacientes con diagnóstico previo de EB ya que con esto se logrará determinar la evolución y la respuesta al tratamiento.

El pronóstico de adenocarcinoma en el EB es pobre, con una supervivida a 5 años de 14.5% y es similar al del carcinoma epidermoide del esófago.

CONCLUSIONES

- 1) La información clínica completa (edad, sexo, toxicomanías, tiempo de evolución y biopsias previas), así como los datos encontrados en la endoscopia, permiten al patólogo tener un panorama más amplio para realizar el diagnóstico de Esófago de Barrett y posteriormente tener un control endoscópico más exacto.
- 2) Nosotros proponemos que todos estos datos se encuentren en la hoja de solicitud de patología facilitando así la búsqueda de las biopsias anteriores para correlacionarlas con las nuevas y valorar la progresión de la enfermedad.
- 3) Encontramos que en los pacientes con diagnóstico de EB tiene un tiempo de evolución, muy largo, en la mayoría de los casos; por lo que confirmamos la fisiopatogenia del reflujo gastroesofágico de larga evolución. También existe una gran incidencia en relación con el tabaquismo y el alcoholismo.
- 4) Confirmamos que el tipo intestinal especializado es el tipo de metaplasia más frecuentemente encontrado y que presenta un factor importante para el desarrollo de displasias y adenocarcinomas.
- 5) La presencia de displasia en nuestro grupo de pacientes con historia de EB fue mayor que en los datos encontrados en el año de 1997. Esto debido tal vez a que se presta mayor interés en buscarla teniendo el antecedente y los datos completos.
- 6) En este estudio, se obtuvo por medio de la imagen endoscópica el sitio exacto de la biopsia de acuerdo al sitio anatómico y observamos que la pared anterior es la que más se afecta debido la constante agresión del reflujo, seguida de la pared lateral derecha.
- 7) Sugerimos que se plantee estos datos con todos los departamentos de Endoscopia del Centro Médico "La Raza" para unificar criterios diagnósticos.
- 8) Exhortamos a todos los patólogos de este departamento para poner atención en estos casos y buscar con mayor interés datos histológicos de displasia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

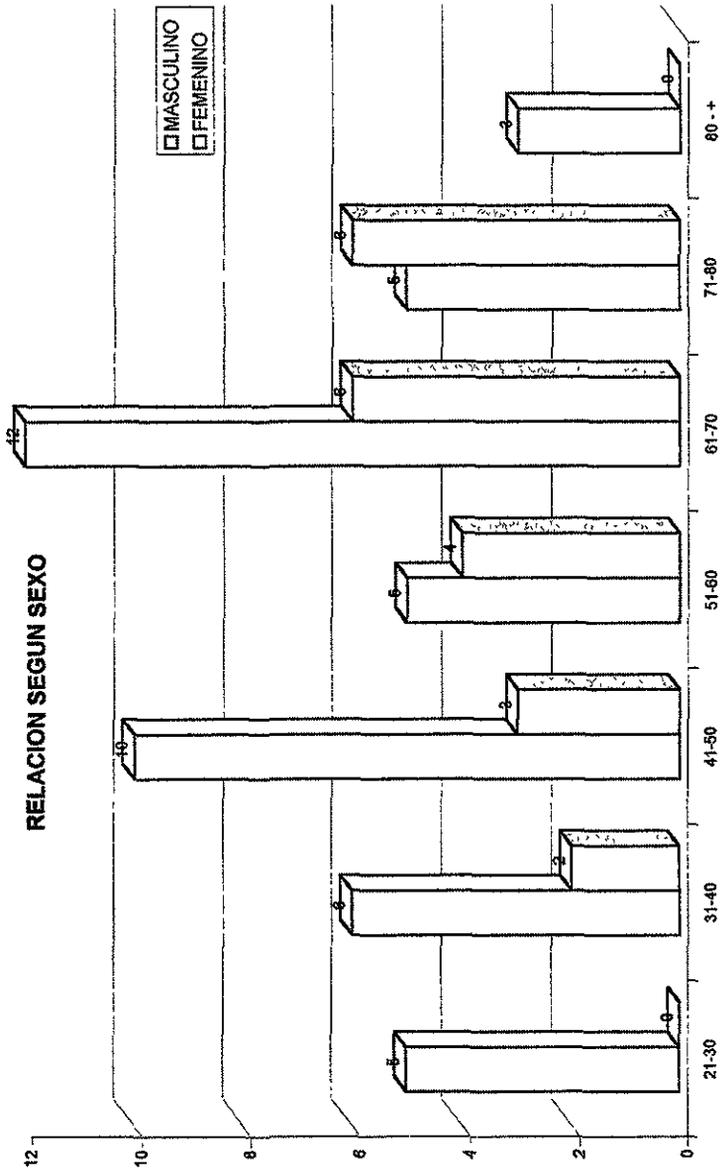
RESUMEN DE LA TESIS
EN LA BIBLIOTECA

18

APENDICE

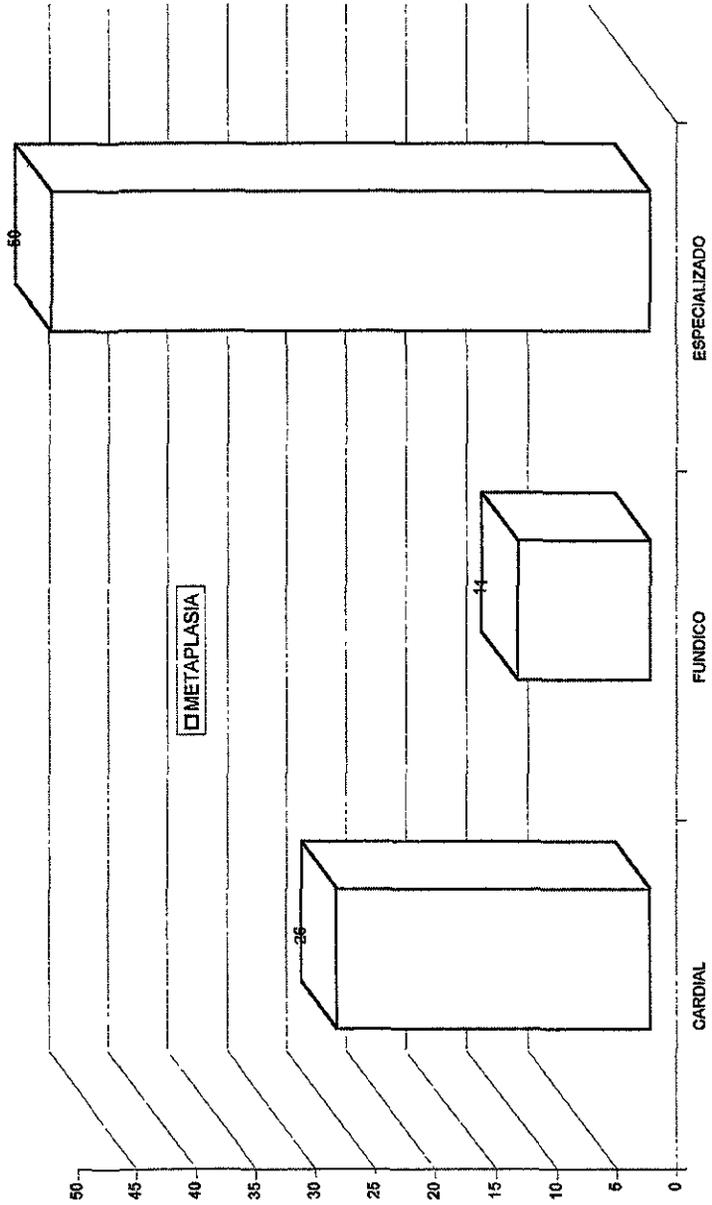
1. Relación de edad y sexo en 1997.
2. Clasificación según tipo de metaplasia en 1997.
3. Clasificación según grado de displasia en 1997.
4. Relación de edad y sexo en 1998.
5. Clasificación según tipo de metaplasia en 1998.
6. Clasificación según grado de displasia en 1998

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

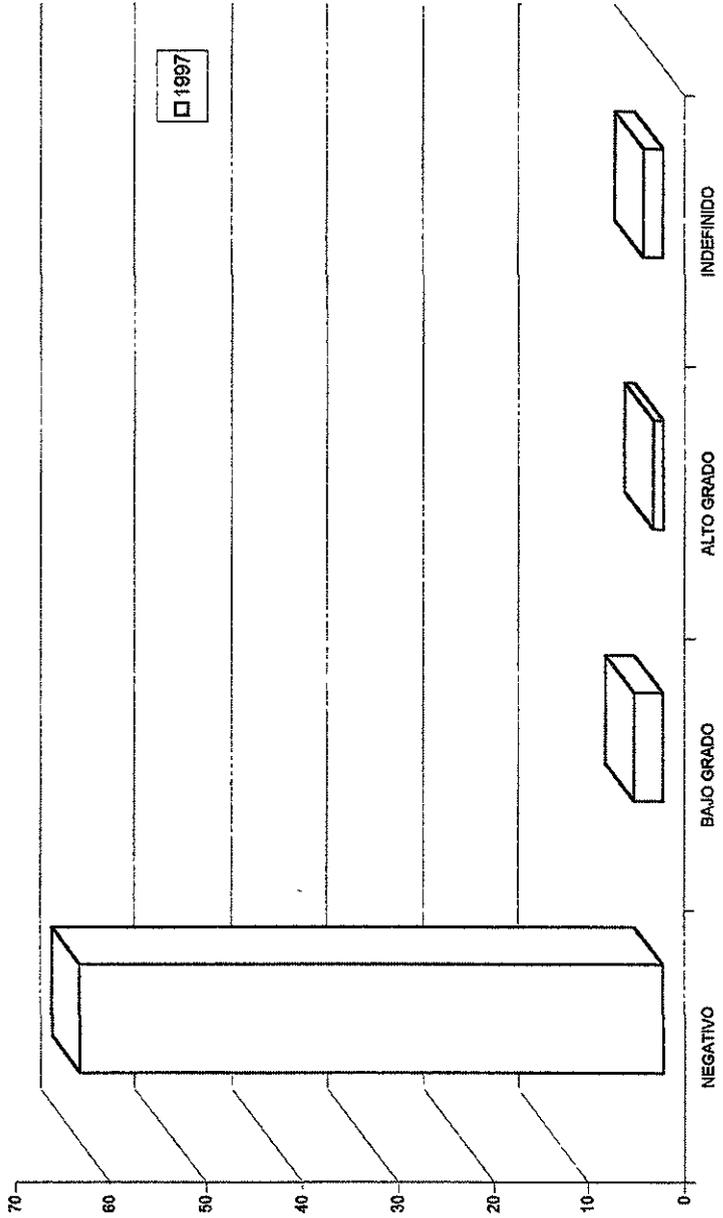
TIPOS HISTOLOGICOS 1997



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

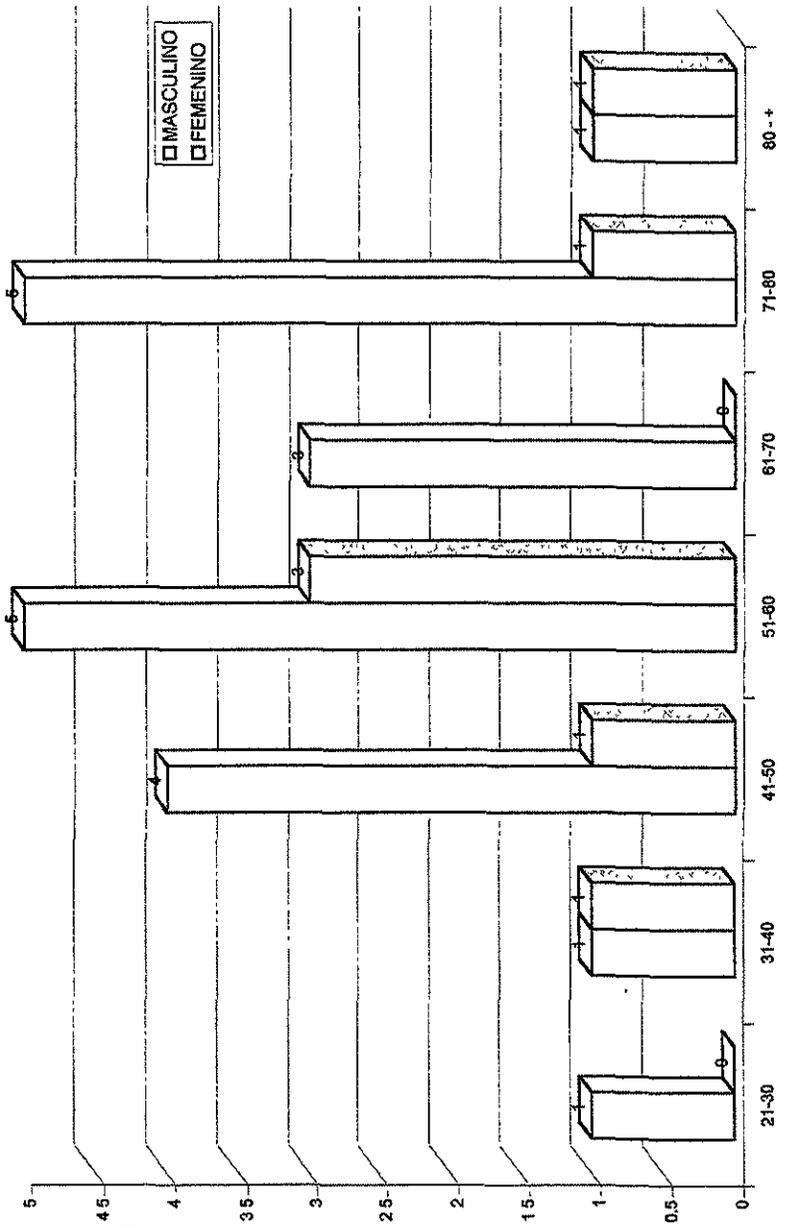
12

GRADOS DE DISPLASIA



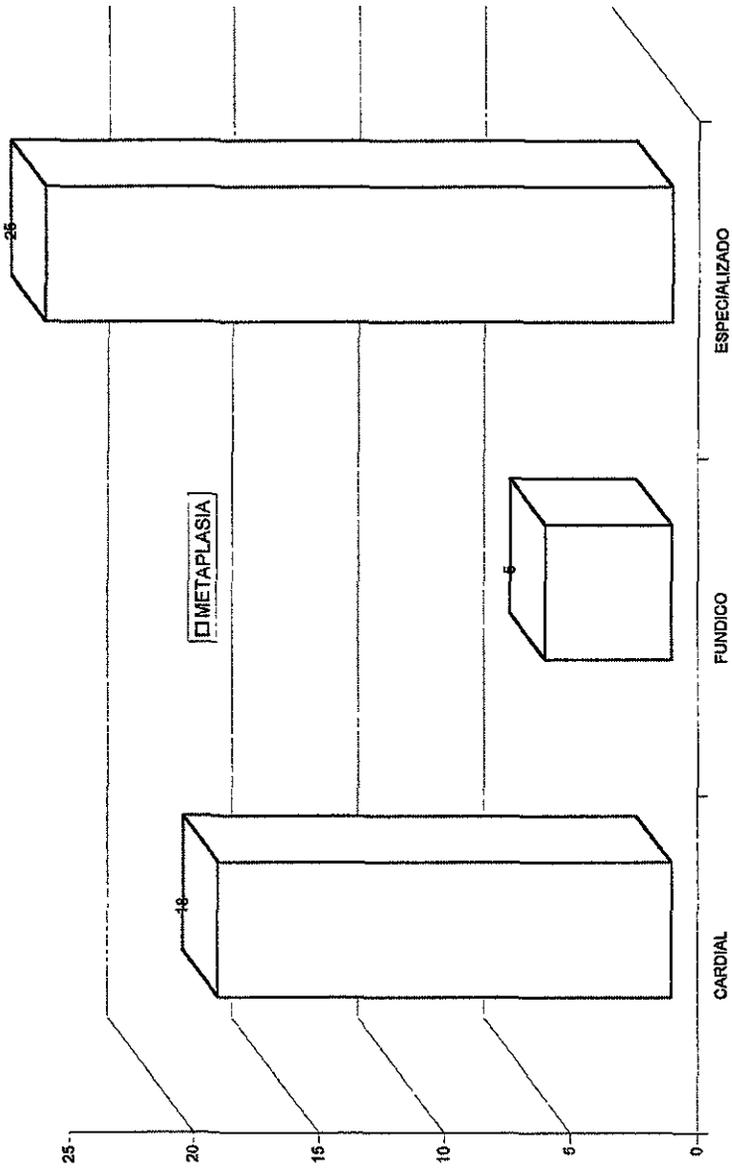
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RELACION SEGUN SEXO 1998



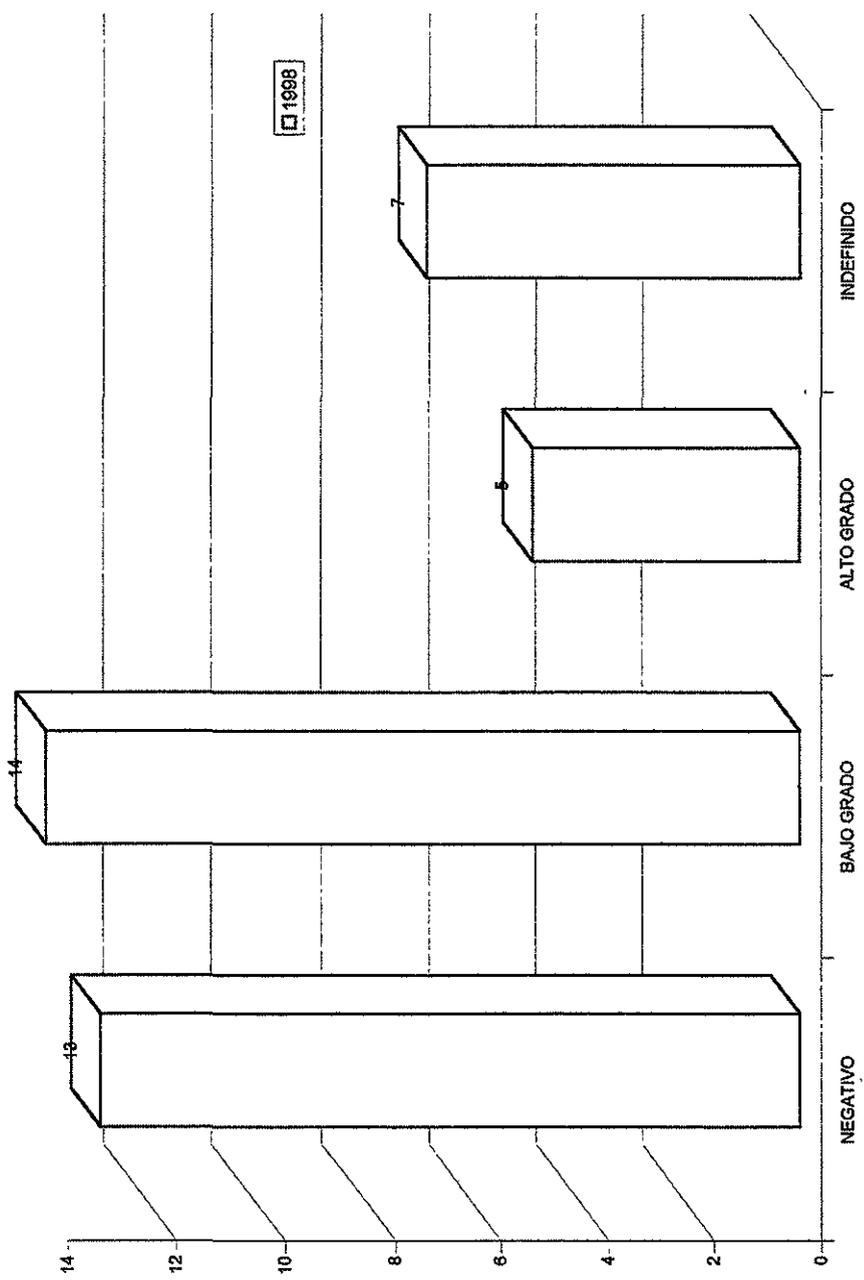
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPOS HISTOLOGICOS 1998



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRADO DE DISPLASIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25

BIBLIOGRAFIA

1. Spechler S. Barrett's Esophagus. *New England J Med.* 1986. 315(6); 362-371
2. Antonioli D. Morphology of Barrett's Esophagus and Barrett's-Associated Dysplasia and Adenocarcinoma. *Gastroenterology Clinics of North America.* 1997. 26(3); 495-505.
3. Gray M. The role of smoking and alcoholic in metaplasia and cancer risk in Barrett's columnar lined oesophagus. *Gut.* 1993. 34, 727-731.
4. Falk G. Reflux disease and Barrett's Esophagus. *Endoscopy.* 1996. 28, 13-21.
5. Iftikhar S. Length of Barrett's Oesophagus: an important factor in the development of dysplasia and adenocarcinoma. *Gut.* 1992. 33, 1155-1158.
6. Reid B. Endoscopic biopsy can detect high-grade dysplasia or early adenocarcinoma in Barrett's Esophagus without grossly recognizable neoplastic lesions. *Gastroenterology.* 1988. 94(1); 81-90.
7. Paull A. The histologic spectrum of Barrett's Esophagus. *New England J Med.* 1976. 295(9); 476-480.
8. McArdle J. Distribution of dysplasias and early invasive carcinoma in Barrett's Esophagus. *Hum Pathol.* 1992. 23(5); 479-482.
9. Kim S. The prevalence of intestinal metaplasia in patients with and without peptic strictures. *Am J Gastroenterol.* 1998. 93, 53-55.
10. Riddell R. Dysplasia in inflammatory bowel disease. *Human Pathology.* 1983 14(11); 931-966.
11. Geisinger K. A comparative cytopathologic and histologic study of atypia, dysplasia, and adenocarcinoma in Barrett's Esophagus. *Cancer.* 1992. 69(1); 8-16.
12. Spechler S. Adenocarcinoma and Barrett's Esophagus. *Gastroenterology.* 1984. 87, 927-933.
13. Hamilton S. The relationship between columnar epithelial dysplasia and invasive adenocarcinoma arising in Barrett's Esophagus. *Am J Clin Pathol.* 1987. 87, 301-312.
14. Kim S. Diagnostic inconsistencies in Barrett's Esophagus. *Gastroenterology.* 1994. 107(4); 945-94
15. Morales T. Is Barrett's Esophagus associated with intestinal metaplasia of the gastric cardia?. *Am J Gastroenterol.* 1997. 92(10); 1818-1822.

