Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):100

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3535 - ESÓFAGO DE BARRET EN AP

R.I. Martín Armas e I. Sánchez García

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Gregorio. Telde.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, exfumador, con antecedentes de hiperlipidemia, HTA y nefropatía crónica en estadio II en tratamiento con simvastatina, propanolol, valsartán, hidroclorotiazida, amlodipino y omeprazol. Refiere sensación de plenitud abdominal con pirosis, náuseas y reflujo gastroesofágico de un mes de evolución, no pérdida de peso ni alteraciones del hábito deposicional.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Talla: 1,70 m; Peso: 91 kg; IMC: 31,49 kg/m^2 (obesidad grado I). Se solicita EDA: hernia de hiato; biopsia de esófago distal: metaplasia intestinal y hallazgos compatibles con esófago de Barret; biopsia de esófago distal: metaplasia intestinal y displasia leve focal.

Juicio clínico: Esófago de Barret.

Diagnóstico diferencial: Es necesario el seguimiento endoscópico para el despistaje del adenocarcinoma de esófago (ACE).

Comentario final: El esófago de Barret es la sustitución del epitelio escamoso del esófago distal por epitelio columnar metaplásico intestinal, es una lesión premaligna que predispone al ACE, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Su principal factor de riesgo es el RGE y en publicaciones recientes no se encuentra asociación significativa con el tabaco ni con el alcohol. La obesidad parece ser a su vez un factor de riesgo tanto para el RGE como para el esófago de Barret. Se recomienda la vigilancia endoscópica y toma de biopsias para la detección de displasia o ACE de la siguiente forma: sin sospecha de displasia, cada 3-5 años. Con sospecha de displasia: confirmar por segundo patólogo y si la displasia es de bajo grado, seguimiento cada 6 meses y posteriormente cada año, siendo la ablación por radiofrecuencia otra alternativa válida. Si la displasia es de alto grado, se acepta intervenir endoscópica o quirúrgicamente ya que hasta en el 5% de los casos pueden existir focos ocultos de ACE. Se ha observado que el tratamiento prolongado con omeprazol disminuye el riesgo tanto de ACE como de displasia de alto grado en pacientes con esófago de Barret.

Bibliografía

1. Pérez de la Serna Bueno J, Esteban López-Jamar JM. Esófago de Barret. Form Med Contin

Aten Prim. 2010;17:203-16.

Palabras clave: *Metaplasia intestinal. Reflujo. Displasia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.