



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-196 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT INTERVENIDOS MEDIANTE FUNDUPLICATURA EN EL HOSPITAL DE LEÓN

De Diego Domínguez, Ana; Alcoba García, Luis Miguel; Sánchez-Brunete, Valle; Sutil, Nerea; Canga Presa, Jose María; Diago Santamaría, Maria Victoria

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: El esófago de Barrett es una enfermedad premaligna secundaria a la enfermedad por reflujo gastroesofágico definida por la presencia de metaplasia columnar de cualquier longitud en esófago distal visible endoscópicamente y con biopsia de metaplasia intestinal. En un 0,5% de los casos desarrollará anualmente un adenocarcinoma. Su sintomatología es indistinguible de otros grados de ERGE, por eso su diagnóstico es endoscópico y anatomopatológico. Otras pruebas diagnósticas como el tránsito y las pruebas funcionales (manometría y pHmetría de 24 horas) son aconsejables, tanto para confirmar el diagnóstico de ERGE como para descartar otras patologías. Los objetivos del tratamiento son controlar los síntomas, inducir la regresión del epitelio metaplásico y detener la progresión a displasia y cáncer. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones disminuye la secreción ácida y protege la mucosa esofágica, pero no actúa sobre el reflujo biliar que parece relacionado con la etiopatogenia del Barret. Existen nuevas técnicas endoscópicas que producen ablación de la mucosa, mediante láser, terapia fotodinámica, electrocoagulación multipolar o aspirador ultrasónico, destinadas a tratar la displasia del Barret. El patrón oro del tratamiento quirúrgico es la funduplicatura Nissen laparoscópica, que controla el efecto dañino del ácido sobre el esófago y el biliar mediante un mecanismo valvular. El tratamiento quirúrgico pretende controlar los síntomas, la desaparición de las lesiones mucosas y evitar la progresión del esófago de Barrett a displasia y a adenocarcinoma.

Métodos: Estudio observacional sobre los datos recogidos prospectivamente, preoperatorios y de seguimiento de los pacientes reintervenidos mediante la técnica de funduplicatura Nissen laparoscópica, en Hospital de León, durante 25 años.

Resultados: Presentamos 625 pacientes con cirugía antirreflujo laparoscópica por ERGE realizados en nuestro centro de los cuales 182 con esófago de Barrett. Existen fracasos en el control, medido por pHmetría, de hasta el 50% con tratamiento médico y de 13-23% con cirugía. Se objetivó un 87% de buen control pHmétrico con la intervención. Tuvimos un 58% de regresiones y un total de 8% de progresiones (5% progresiones a DBG 3 tratadas con radiofrecuencia y 2 con mucosectomía. 2% progresiones a DAG uno tratada mediante mucosectomía y otra mucosectomía, radiofrecuencia y argón. Y 1% progresión a adenocarcinoma *in situ* tratado mediante esofagectomía). Un 95% fueron hernias por deslizamiento y 5% paraesofágicas. De las que en total se han reintervenido un 4,2%; 3,8% por deslizamiento (3,2% sin malla y 0,6% con malla) y 0,6% de las paraesofágicas se reintervinieron (sin malla).

Conclusiones: El manejo ideal del esófago de Barrett sigue siendo una incógnita. El tratamiento del esófago de Barrett mediante funduplicatura tipo Nissen laparoscópica protege mejor contra los efectos del reflujo ácido y alcalino, mejora la sintomatología supera al tratamiento médico en cuanto al control de la lesión esofágica, evitando la progresión a displasia e induciendo, en ciertos casos, regresión de displasia a metaplasia y de metaplasia a esófago con epitelio normal; permitiendo tomar a tiempo las medidas adecuadas cuando la cirugía sea insuficiente y haya progresión de la enfermedad, antes de llegar a producirse un adenocarcinoma infiltrante.