



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL ESÓFAGO DE BARRETT EN NUESTRO MEDIO. ESTUDIO EPIBARRETT

Marianette Murzi Pulgar<sup>1</sup>, Alain Huerta Madrigal<sup>2</sup>, Cristina Sánchez Montes<sup>3</sup>, Gloria Fernández Esparrach<sup>4</sup>, Marina Puya Gamarro<sup>5</sup>, Luis Hernández Villalba<sup>6</sup>, Manuel Domínguez Cajal<sup>7</sup>, David Nicolás Pérez<sup>8</sup>, Marta Aicart Ramos<sup>9</sup>, Alba Lira Aguilar<sup>10</sup>, Norberto Mañas Gallardo<sup>11</sup>, Jorge López Vicente<sup>12</sup>, Pablo Ruiz Ramírez<sup>13</sup>, Elida Oblitas<sup>14</sup>, Carlos Huertas Nadal<sup>15</sup>, Eloi Núñez García<sup>1</sup>, Lidia Arguello<sup>3</sup>, Ángeles Pérez Aisa<sup>5</sup>, Enrique de la Fuente Fernández<sup>11</sup>, Carmen Loras<sup>13</sup> y Carlos Guarner Argente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Galdakao. <sup>3</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>4</sup>Hospital Clínic de Barcelona. <sup>5</sup>Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella. <sup>6</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero. <sup>7</sup>Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>8</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>9</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>10</sup>Hospital Parc Taulí, Sabadell. <sup>11</sup>Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid. <sup>12</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>13</sup>Hospital Universitario Mútua de Terrassa. <sup>14</sup>Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>15</sup>Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

### Resumen

**Introducción:** El esófago de Barrett (EB) se considera uno de los principales precursores del adenocarcinoma esofágico. La progresión depende principalmente del grado de displasia. Sus características en nuestro medio no han sido estudiadas a gran escala. Pretendemos describir los datos epidemiológicos y características de la población española con diagnóstico de EB, evaluar la evolución de la metaplasia intestinal (MI) y analizar factores de riesgo asociados a la progresión a displasia.

**Métodos:** Análisis prospectivo, multicéntrico de los pacientes recogidos en una base de datos nacional de pacientes con EB, entre enero 2016 y octubre de 2018. Se excluyeron pacientes sin diagnóstico histológico confirmado, tratamiento de EB previo o displasia confirmada en la inclusión.

**Resultados:** Se recogieron 500 pacientes de 15 centros, de los que se evaluaron 388 que cumplían con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Los pacientes evaluados eran el 81% hombres, con edad media al diagnóstico de  $55 \pm 13$  años y hábito tabáquico (fumadores o exfumadores) el 55%. Presentaban hernia de hiato un 68% y clínica de reflujo un 56%. Un 89% estaba en tratamiento con IBP. La longitud mediana del EB al momento de la inclusión fue de 2 cm (RIC 1-5). Los pacientes tenían un seguimiento prospectivo medio de 48 meses (RIC 27-61) y un seguimiento total desde el diagnóstico del Barrett de 79 meses (RIC 40-130). Durante el seguimiento se realizaron 461 endoscopias, 90% de seguimiento. Únicamente un 40% se realizaron en el tiempo adecuado según las guías. Un 53% se realizó de forma adelantada. En un 3,4% ( $n = 13$ ) de los pacientes se confirmó progresión de la MI durante el seguimiento prospectivo con una media de 52 meses (RIC 28-107) desde el diagnóstico del Barrett: 7 displasia de bajo grado, 4 displasia de alto grado, 1 adenocarcinoma intramucoso, y 1 un carcinoma. La progresión se relacionó significativamente en el análisis univariante con la longitud del Barrett (3 cm 0,8 vs. > 3 cm 7,4%  $p = 0,01$ ), y con mayor edad al diagnóstico ( $61 \pm 11$  años vs.  $54 \pm 13$   $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las características demográficas de nuestra población son similares a las descritas en la literatura. En nuestra serie solo la longitud del Barrett y la edad más avanzada al momento del diagnóstico se asocia con la progresión a displasia.