



# 1<sup>er</sup> Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Organiza:



**FEAD**  
FUNDACIÓN ESPAÑOLA  
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



**SEPD**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

# Panendoscopia oral

Caso clínico 2

Autores:

Dr. Alberto Marqués Ruiz

Hospital Quirón Salud Málaga



# CASO CLÍNICO ESÓFAGO DE BARRETT

Autor:  
Alberto Marqués Ruiz.  
Hospital Quirón Salud Málaga – febrero 2022

Endoscopista:  
Pedro J Rosón  
Hospital Quirón Salud Málaga – febrero 2022

# Programa

## - Clases magistrales

- Anatomía normal gástrica, descripción del procedimiento, indicaciones y criterios de calidad de la gastroscopia. Dr. Juan Martín
- Patología péptica y asociada (diagnóstico endoscópico) Dr. Francisco García
  - Esofagitis péptica, hernia hiatal y estenosis
  - Úlcera gastroduodenal y helicobacter pylori
  - Estómago post-quirúrgico
- Patología asociada a hipertensión portal y vascular, infecciosa, y miscelánea (diagnóstico endoscópico) Dra. María Muñoz
  - Esófago (Varices esofágicas y gástricas, Esofagitis infecciosas)
  - Estómago (Gastropatía HTP, GAVE, Dieulafoy, Pólipos gástricos)
- Patología neoplásica: (diagnóstico endoscópico) Dr. Fco. Manuel Fernández  
Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Romero
  - Esófago (Carcinoma epidermoide, Esófago de Barrett y AdenoCarcinoma, Otras lesiones)
  - Estómago (Adenoma, Adenocarcinoma, Linfoma MALT, Otras lesiones)
  - Duodeno (Adenoma, Adenocarcinoma)

## - Seminario

- Endoscopia alta en urgencias: indicaciones y manejo
  - HDA
  - Cáusticos
  - Cuerpos extraños

Dra. Carmen Molina  
Dr. Juan A. Vázquez

## - Casos clínicos

- Caso clínico 1
- Caso clínico 2

Dr. Francisco Gallego  
Dr. Alberto Marqués

## - Píldora

- Esofagitis eosinofílica: aproximación diagnóstica y terapéutica

Dr. Fco. Manuel Fernández  
Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Romero

## - Algoritmo diagnóstico

- Manejo de la hemorragia digestiva alta varicosa y no varicosa

Dr. Alejandro Viejo  
Dr. Claudio Rodríguez

## - Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior

- ¿Cribado poblacional de neoplasias del TGI superior en Occidente?

Dra. Leticia Mongil  
Dra. Isabel Pinazo

## - Test de autoevaluación

# CASO CLÍNICO

Mujer de 78 años

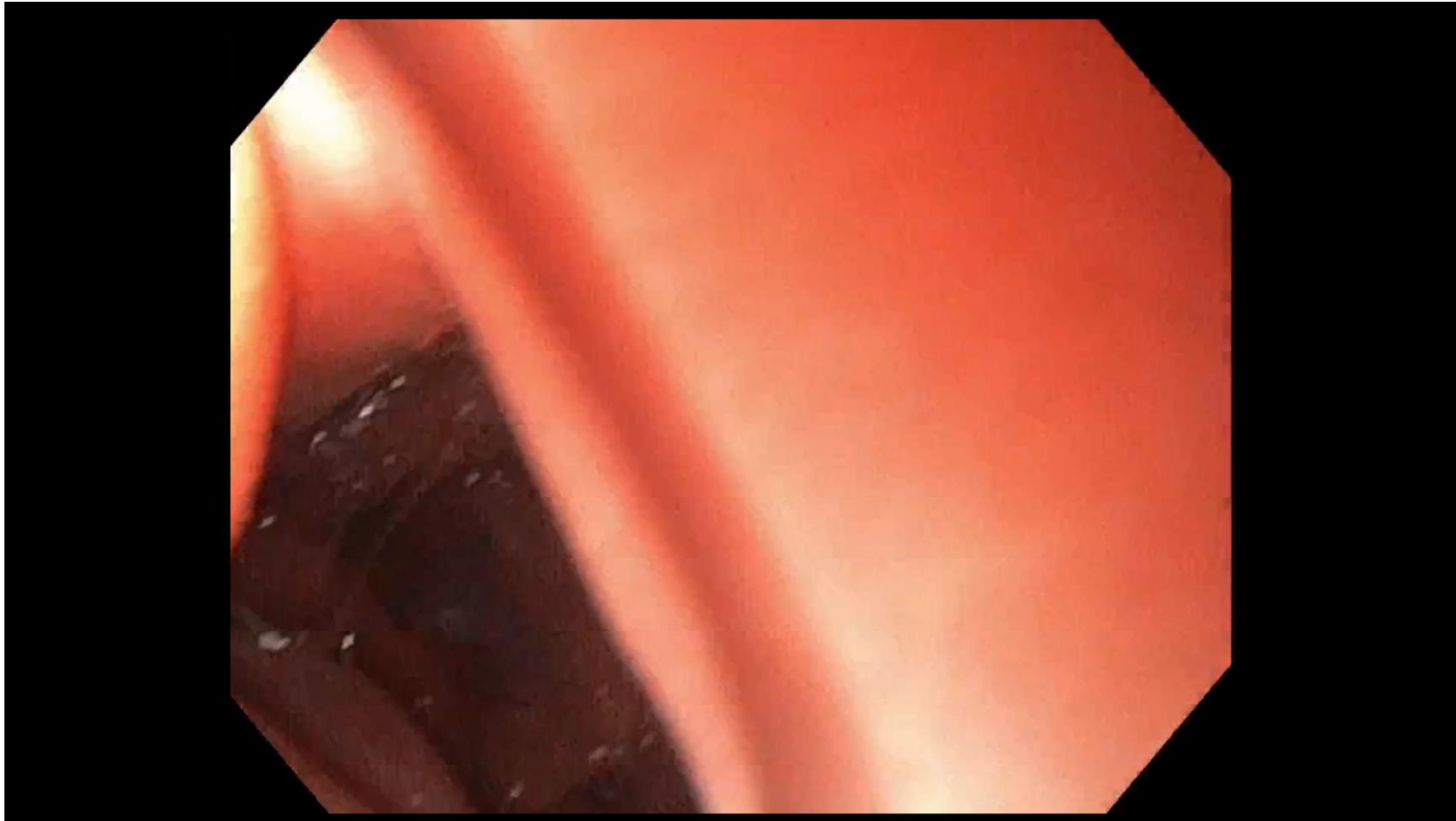
Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas
- HTA, DLP
- Cardiopatía hipertensiva leve
- Tratamiento: losartan y simvastatina

Consulta por clínica de pirosis y regurgitaciones postprandiales de años de evolución, más acentuada en los últimos meses

→ Se practica una gastroscopia diagnóstica, con los siguientes hallazgos...

# CASO CLÍNICO



# PREGUNTA 1

→ En cuanto a la endoscopia diagnóstica de calidad en Esófago de Barret, ¿Qué afirmación es incorrecta?

- a) El protocolo de Seattle es el método más recomendado para la toma de biopsias, y a parte si existen lesiones visibles.
- b) La cromoendoscopia por tinción (por ejemplo con ácido acético), aumenta la tasa de detección de displasias.
- c) La cromoendoscopia virtual (NBI Olympus o Iscan Pentax), parece ser un sistema superior a la endoscopia convencional de luz blanca**
- d) Debe describirse si existen lesiones visibles, empleando sistema de Clasificación de París

*\* Estudios observacionales no han demostrado que la cromoendoscopia virtual sea superior a la endoscopia convencional de luz blanca, pero podría suponer una ayuda en centros especializados.*

## BIBLIOGRAFIA:

- **Sharma P, Bergman JJ, Goda K et al.** Development and a validation of a clasification system to identify high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus using narrow-band imaging. Gastroenterology. 2016.

# PREGUNTA 1

- **RECUERDA – CRITERIOS DE CALIDAD PARA GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN ESÓFAGO DE BARRETT (EB)**
  - 1) Evaluar la extensión de EB empleando la Clasificación de Praga (C: extensión circunferencial y M extensión máxima), y cualquier islote satélite.
  - 2) Si lesiones visibles, descripción utilizando Clasificación de París, su tamaño y localización exacta desde los incisivos y orientación con las agujas del reloj.
  - 3) Presencia o no de esofagitis erosiva usando la Clasificación de los Ángeles
  - 4) Biospias aleatorias y si existen lesiones visibles a parte
  - 5) Fotodocumentación de lesiones.

## BIBLIOGRAFIA:

- **Bas Weusten, Raf Bisschops, Emanuel Coron, Mário DinisRibeiro, Jean-Marc Dumonceau, José-Miguel Esteban, Cesare Hassan, Oliver Pech, Alessandro Repici, Jacques Bergman, Massimiliano di Pietro.** Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2017.



EN NUESTRO CASO...

# Cromoendoscopia virtual (NBI, Olympus)

## PREGUNTA 2

→ En el caso expuesto, ¿qué estrategia crees más adecuada para la toma de biopsias?

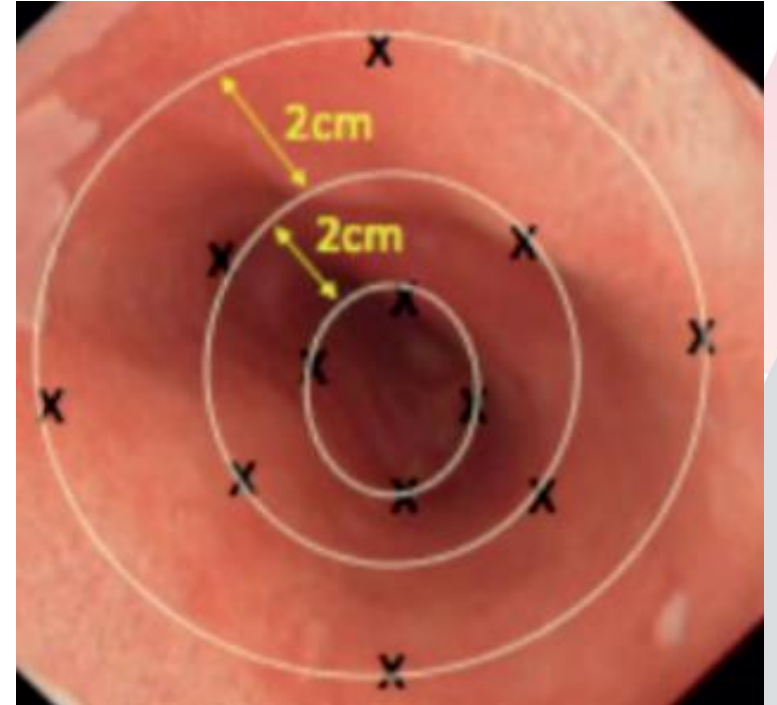
- a) Protocolo de Seattle (biopsias en 4 cuadrantes, cada 2 cm), seguido de tinción de ac acético para detectar áreas irregulares
- b) Tinción de ácido acético para biopsias dirigidas, y luego protocolo de Seattle con biopsias aleatorias en 4 cuadrantes, cada 2 cm.**
- c) Biopsias cada 1 cm, en cuatro cuadrantes de distal a proximal
- d) Biopsias aleatorias y a parte si existieran lesiones visibles.

- **RECUERDA**

→ El protocolo de Seattle, es el de elección para la toma de bx de EB, y previamente en frasco a parte si existiesen lesiones visibles o áreas irregulares

\* Consiste en la toma de bx en cuatro cuadrantes de distal a proximal cada 2 cm

→ La tinción con ácido acético (protocolo Portsmouth), resalta lesiones visibles aumentando tasa de detección de displasias. con inyector se aplica 10 ml ac acético al 1.5-3%, a los 2-3 min la mucosa metaplásica se vuelve blanca y la displasia adquiere Coloración rojiza.



## EN NUESTRO CASO...

- Biopsias dirigidas a áreas vascularizadas → AP: esófago de Barrett
- Biopsias aleatorias por protocolo de Seattle → AP: esófago de Barrett, con focos de displasia de bajo grado.

### PREGUNTA 3

→ ¿Qué manejo clínico realizarías en este paciente?

- a) Confirmar AP con 2º anatomatólogo experto, IBP a dosis máxima y repetir gastroscopia de confirmación en 6 meses
- b) IBP a dosis máxima y repetir gastroscopia en 3 meses, con segundo anatomatólogo experto
- c) Resección de áreas irregulares y posteriormente ablación por radiofrecuencia
- d) IBP a dosis máxima y si persiste reflujo patológico, asociar técnica quirúrgica (funduplicatura de Niessen), siguiendo control a los 6 meses.

## EN NUESTRO CASO...

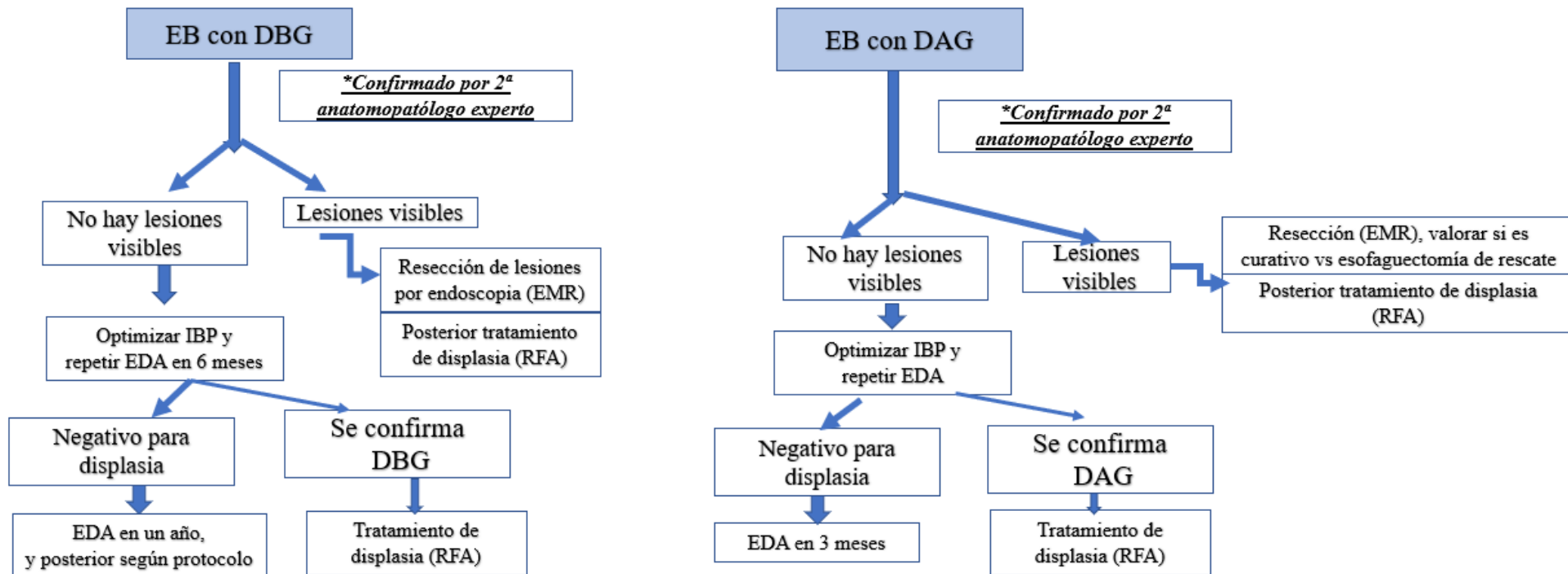
- Biopsias dirigidas a áreas vascularizadas → AP: esófago de Barrett
- Biopsias aleatorias por protocolo de Seattle → AP: esófago de Barrett, con focos de displasia de bajo grado.

### PREGUNTA 3

→ ¿Qué manejo clínico realizarías en este paciente?

- Confirmar AP con 2º anatomopatólogo experto, IBP a dosis máxima y repetir gastroscopia de confirmación en 6 meses**
- IBP a dosis máxima y repetir gastroscopia en 3 meses, con segundo anatomopatólogo experto
- Resección de áreas irregulares y posteriormente ablación por radiofrecuencia
- IBP a dosis máxima y si persiste reflujo patológico, asociar técnica quirúrgica (funduplicatura de Niessen), siguiendo control a los 6 meses.

# Algoritmo propuesto para Esófago de Barrett



## ABREVIATURAS:

EDA: Endoscopia digestiva alta. EB: Esófago de Barrett. DAG: displasia de alto grado. DBG: displasia de bajo grado. RFA: ablación por radiofrecuencia. EMR: endoscopy mucosectomy resection.

## PROTOCOLO PROPUESTO EN BASE A BIBLIOGRAFIA:

- **Bas Weusten, Raf Bisschops, Emanuel Coron, Mário DinisRibeiro, Jean-Marc Dumonceau, José-Miguel Esteban, Cesare Hassan, Oliver Pech, Alessandro Repici, Jacques Bergman, Massimiliano di Pietro.** Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2017.
- **Spechler SJ, Sharma P, Souza RF et al.** American Gastroenterological Association medical position statement on the management of Barrett's esophagus. Gastroenterology. 2011.
- **Eluri S, Shaheen NJ.** Barrett's esophagus: diagnosis and management. Gastrointest Endoscopy. 2017
- **Bergman JJ.** Barrett's esophagus: Treatment of high-grade dysplasia or early cancer with endoscopy resection. Uptodate 2018.

# CASO CLÍNICO

## Ablación por radiofrecuencia (RFA) de Esófago de Barrett

## PREGUNTA 4

La paciente precisó una segunda sesión de ablación por radiofrecuencia a los 3 meses, logrando posteriormente la remisión del Barrett. **¿Qué intervalo de seguimiento endoscópico propondrías tras la ablación en este caso?**

- a) **Durante el primer año EDA cada 6 meses y después anual**
- b) Durante el primer año EDA cada 3 meses y después anual
- c) EDA anual y después según protocolos
- d) Dada comorbilidad de base de la paciente, no haría más controles endoscópicos

- **Se propone el siguiente Intervalo de seguimiento tras ablación por radiofrecuencia:**

DBG: Durante el primer año EDA cada 6 meses, después anual

DAG: Durante el primer año EDA cada 3 meses, segundo año cada 6 meses y después anual

\* Valorar parar controles si comorbilidad importante, o a pacientes mayores de 75 años

### BIBLIOGRAFIA:

Matthew W Stier, Vani J Konda, John Hart, Irving Waxman. Post-ablation surveillance in Barrett's esophagus: A review of the literature. World J Gastroenterol 2016 May 7; 22(17): 4297-4306



**MUCHAS GRACIAS  
POR LA ATENCIÓN**