Revista Médica de Costa Rica XLII (450) 9-13; 1975

Síndrome de Barrett

*Bernardo Cartín Montero**
*Andrés V. Guzmán Calleja****
*Manuel Zeledón Pérez***
*Edgar Cabezas Solera*****

DEFINICION:

Se conoce como Síndrome de Barrett la presencia de Epitelio Columnar Gástrico en los sitios de la mucosa esfágica donde debería existir Epitelio Escamoso. Generalmente, esto sucede en el tercio inferior del Esófago, pero esta clase de hallazgo histológico puede acontecer y de hecho se encuentra hasta en tercio medio del esófago (4,6,13). Esta ectopía de mucosa gástrica se acompaña de Hernia Hiatal y Reflujo de *contenido Gástrico hacia Esófago. (1,8,12,16).*

CONCEPTOS VARIOS:

En 1950 Barrett describió por primera vez en la Historia de la Medicina el hallazgo de la implantación de mucosa gástrica en el tercio inferior del esófago. El reporte por parte de Barrett de este descubrimiento hizo que esta entidad sea conocida como el "Esófago de Barrett". (2,4,5,14,15). Desde ese entonces, incertidumbre y controversia han existido: sobre la definición correcta de este síndrome, sobre su etiología, congénita o adquirida y sobre la presentación clínica de las diversas anomalías. Se dice que Barrett describió, al inicio de sus investigaciones, tal entidad nosológica como un esófago corto congénito que traccionaba la porción superior del estómago hacia adentro del tórax y consecuentemente la línea de demarcación de la mucosa esofágica se encontraba arriba y a veces muy alta de nivel de hiatodiafragmático. También observó Barrett que muy frecuentemente aparecía una úlcera péptica en esa porción gástrica intratorácia; eso ha hecho que numerosos autores conozcan este padecimiento como la "Ulcera de Barrett". (1,4,14,16).

ETIOPATOGENIA:

Wolf y Asociados, citados por Berquist (4) son del criterio de que el epitelio columnar implantado entre el epitelio escamoso del esófago tendría un origen congénito, sugiriendo una falla en el normal proceso ontogénico. Es así, como el individuo, desde su nacimiento, sería portador de reemplazos de mucosa gástrica por mucosa esofágica en ciertas porciones de este órgano. (16). Goldman y Beckman analizan este fenómeno como adquirido. (7) Más tarde, Burgess (6) profundiza los estudios de estos últimos autores insistiendo en que la exposición continua del jugo gástrico produce la esofagitis destructora del epitelio escamoso y que en las áreas descubiertas se siembra el epitelio gástrico, conocido como "Epitelio de Barrett". Viene Bremmer (5) y en un extenso trabajo de Cirugía Experimental en perros confirma la tesis de la naturaleza adquirida del epitelio de Barrett; en efecto, Bremmer y colaboradores seccionan exprofeso las fibras musculares del cardias y desarrollan un reflujo gástrico, permitiendo, a través del tiempo, comprobar que la esofagitis crónica provocada ha dado pie a la implantación de epitelio columnar.

FENOMENOS PATOLOGICOS QUE SE DERIVAN DEL SINDROME DE BARRETT:

El reflujo gástrico trae como consecuencia una irritación continua que produce esofagitis (aguda o crónica), úlcera péptica crónica del esófago, estenosis cicatricial del esófago, muy a menudo asociada a moniliasis y sangramiento de tubo digestivo alto a consecuencia de úlcera esofágica.

* *Jefe del Servicio de Cirugía Carlos Durán. Docente Ad-honorem de la Escuela de Medicina. Universidad de Costa Rica.*
** *Jefe de Clínica del Servicio de Cirugía Carlos Durán. Catedrático Asociado de la Escuela de Medicina U. de C.*
*** *Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios. Director de la Cátedra de Cirugía de la Escuela de Medicina Universidad de Costa Rica.*
**** *Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovacular y Torácica H.S.J. de D. Catedrático Asociado de la Escuela de Medicina U. de C.*

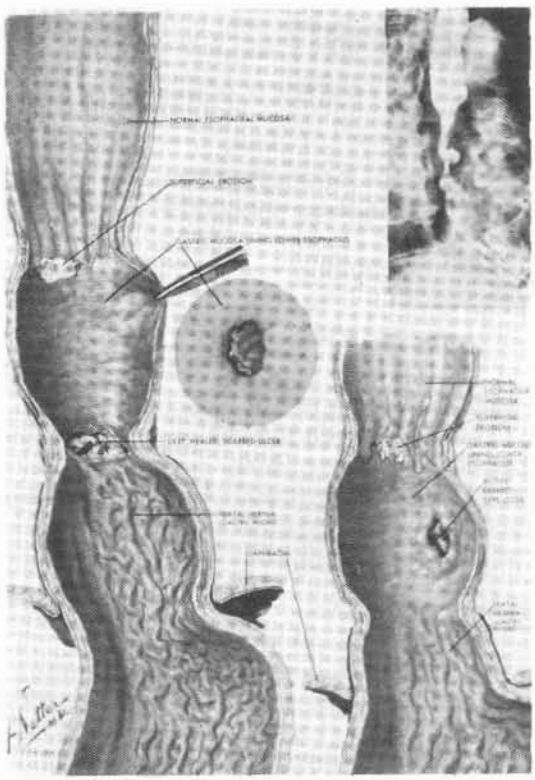

Foto No. 1.— Tomada del Libro de Netter, Upper Digestive Tube. Obsérvese la Ulcera de Barrett en la región de Epitelio Columnar y entre la línea dentada y el límite del cardias.

Foto No. 2.— En el caso nuestro número 1 esta foto fué tomada de la autopsia donde podemos observar la perforación esofágica de la Ulcera de Barrett

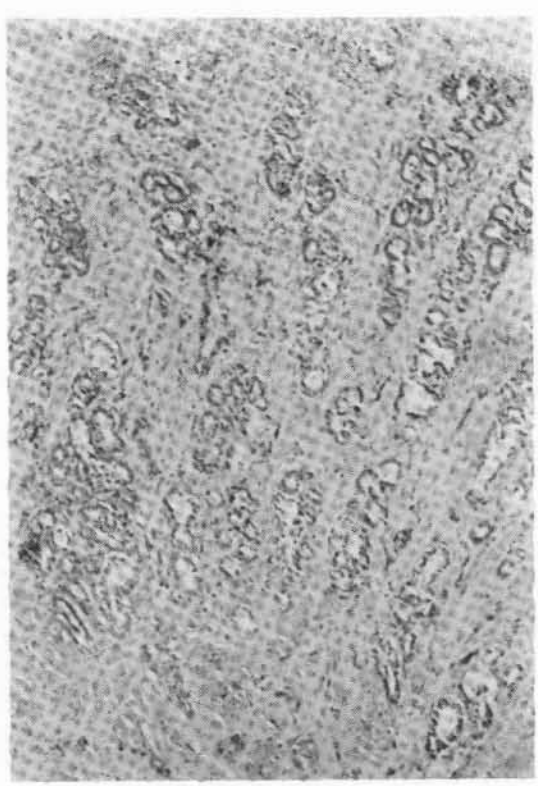

Foto No. 3.— Imagen histológica de los bordes de la úlcera perforada de esófago de nuestro caso No. 1 en que se observa elepitelio columnar, denominado Epitelio de Barrett.

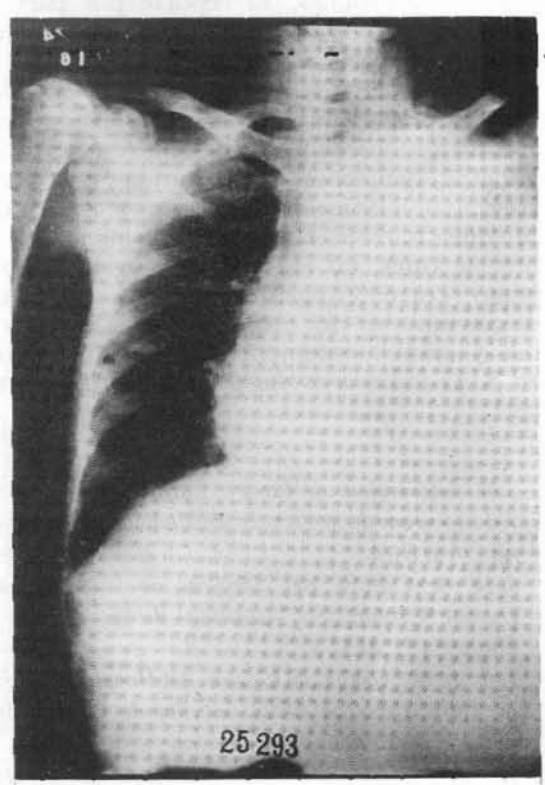

Foto No. 4.— Imagen radiológica de nuestro mismo caso, dos días antes de su deceso. Derrame amplio por perforación espontanea de la Ulcera de Barrett

DIAGNOSTICO:

Para su investigación diagnóstica se ha usado: medición de potenciales eléctricos de la mucosa, manometría, fluoroscopía con bario, cintigrafía. (4,10). El diagnóstico preciso debe hacerse con la identificación histológica del epitelio de Barrett. Gracias a las facilidades que nos otorga el esofagoscopio moderno de fibrovidrio el paciente se somete sin mayores prejuicios a la técnica; con este estudio se aprovecha para tomar biopsias y confirmar la patología. Desafortunadamente, es frecuente que el paciente llegue a nosotros cuando ya tiene una complicación agregada. Nuestras esperanzas son las de que con el uso cada día más frecuente del gastroscopio moderno podamos corregir los reflujos y en general, tratar estos casos en forma precoz, evitando así, complicaciones y secuelas.

TRATAMIENTO:

Si el reflujo gástrico y la incompetencia del esfínter del cardias son los principales precursores de los problemas patológicos que revisten mayor seriedad en la patología del esófago, hay que tratar de corregir quirúrgicamente disfunción gastroesofágica. Burgess (6) encontró que la hernia hiatal por deslizamiento era la entidad que acompañaba, con mayor frecuencia al epitelio ectópico de Barrett. Allison y Johnstones (17) abogan por haber hallado esófago corto con más frecuencia. En todo caso, lo más importante es corregir el ángulo agudo que debe existir en la región cardiogástrica izquierda (10). El cirujano podrá elegir entre la variedad de técnicas la más conveniente para la corrección de la hernia hiatal, teniendo en mente, eso sí, corregir el reflujo. (3). En muchas ocasiones habrá que hacer Cirugía adicional: resecciones parciales de esófago, en estenosis; resecciones más amplias en adenocarcinoas; en los casos de úlcera esofágica con curva de acidez muy alta, a expensas de la acidez basal, vaguectomía con píloroplastia. En resumen, cada paciente será objeto de estudio especial, el cual será el que dicte la clase de técnica o técnicas quirúrgicas a emplear.

MATERIAL Y METODOS:

Se estudia tres casos de Síndrome de Barrett ya complicados, los cuales se han presentado como emergencias del Servicio Carlos Durán. Los tres casos han sido presentados previamente en sendas sesiones clínicas y anatomopatológicas de la Sección de Cirugía. Aprovechamos esta pequeña experiencia para revisar la poca literatura mundial existente y, al mismo tiempo, tratar de unificar criterios sobre esta entidad nosológica poco difundida.

RESUMEN DE NUESTROS CASOS:

PRIMER CASO: CH. P. S., de 46 años de edad, masculino, raza negra, con numerosos internamientos en el Hospital Neuropsiquiátrico, por Psiconeurosis, desde 1958. Sus problemas digestivos comienzan en el año de 1968 y en varias series gastroduodenales durante los últimos cinco años, se reporta siempre signos de estenosis parcial de bulbo duodenal, con pasajes demorados del contenido gástrico y hernia hiatal. Ocho meses antes de su fallecimiento desarrolla disfagia progresiva, para continuar con odinofagia y vómitos post-prandiales. Nueve días antes de su deceso es enviado al Servicio de Cirugía General Carlos Durán en condiciones muy precarias: verdadera caquexia, severo dolor epigástrico y antecedentes de un estudio de esofagogastroscopía practicado dos meses antes en que se reporta: a 28 centímetros de arcada dentaria se inicia proceso de esofagitis erosiva severa que sangra fácilmente y a 38 cm. existe estenosis de características benignas, no sabiéndose si se tomó biopsia. Las pésimas condiciones del paciente no permiten hacer estudios adicionales. Al sexto día de su ingreso su estado es crítico y con enorme derrame en Hemitórax izquierdo; la toracocentésis nos proporciona una muy abundante cantidad de líquido espeso, sanguinolento, negruzco. A pesar del tratamiento médico su condición respiratoria desmejora progresivamente y tres días después, fallece. La autopsia nos reporta una perforación esofágica con esofagitis moniliásica y epitelio de Barrett en los bordes de la perforación esofágica.

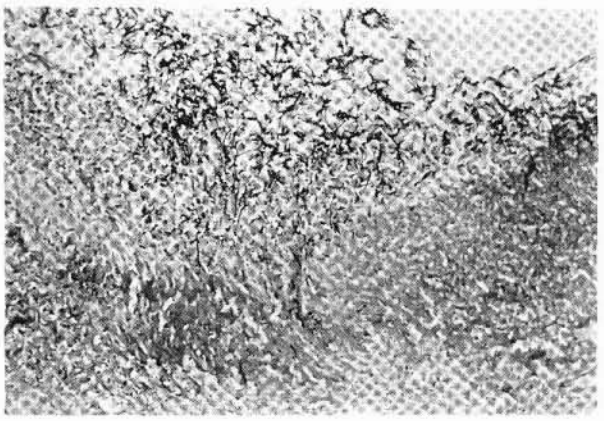

Foto No. 5.– Imagen microscópica de tejido de esófago que muestra la extensa moniliasis, que fué factor muy importante en la perforación esofágica.

SEGUNDO CASO: R.N.Z., Exp. 74385, de 68 años de edad, masculino, raza blanca, con antecedentes de epigastralgias y pirosis; ingresa, de emergencia al Servicio Carlos Durán por sangramiento de tubo digestivo alto, caracterizado por gran hematemesis y melena. Se repone su volumen sanguíneo y su hemorragia cede con tratamiento médico. La gastroscopía reporta úlcera esofágica y hernia hiatal con regurgitación; y se toman biopsias. El examen radiológico esófagogastroduodenal confirma los hallazgos endoscópicos, más úlcera duodenal. Curva de acidez gástrica muy alta a expensas de la basal. Las biopsias tomadas de la úlcera esofágica nos revelan mucosa de tipo pilórico. Sometido el caso a discusión en Sesión para decidir la conducta quirúrgica a seguir, se opta por: Corrección de la hernia hiatal, Técnica de Hill, Vaguectomía y Píloroplastia de Heinecke-Mikulics. El control postoperatorio, después de su egreso del hospital, incluyendo gastroscopía y curva de acidez, ha seguido haciéndose en el consultorio de su médico tratante. Magnífica evolución postoperatoria; actualmente asintomático.

TERCER CASO: J.H.V., 75 años de edad sexo masculino, raza blanca, Exp. 208350. Con historia de ocho meses de vómitos alimentarios y moderada pérdida de peso. La Serie Gastroduodenal reporta hernia hiatal de todo el fondo gástrico, disminución de calibre al principio del tercio distal del esófago, pero que no altera el descenso del bario. Gastroscopía: Estenosis esofágica con úlceras esofágicas, todo secundario a regurgitación por hernia diatal. Posible Síndrome de Barrett; se toma biopsias de esófago que demuestran porciones de mucosa gástrica. Se interviene, practicando: Hernioplastia hiatal, según Técnica de Hill; Vaguectomía, Píloroplastia de Heinecke-Mikulics y Colecistectomía por Colelitiasis. Muy buena evolución postoperatoria. Controlado en Consulta Externa, actualmente asintomático.

COMENTARIO FINAL

Si pensamos como Goldman, Beckman y Burgess, que el fenómeno de implantación de mucosa gástrica en esófago es originado por las repetidas esofagitis y que estas mismas pueden influir sobre el epitelio de Barrett para producir las complicaciones de que ya hemos hablado, se hace muy importante la corrección de los problemas anatómicos que producen regurgitación del jugo gástrico a esófago. Para el correcto diagnóstico, la esófagogastroscopía es de importancia básica e, indispensable. Es por esto que nuestros hospitales deben promover la obtención de mayor número de gastroscopios de fibrovidrio, la formación de especialistas en esta rama de la endoscopía y los clínicos ordenar con mayor frecuencia el uso de este método diagnóstico, como ayuda importante para esclarecer muchas de las entidades patológicas del tubo digestivo alto.

En nuestros tres casos presentados el primero sucumbió por falta de estudios adecuados dado que se trataba de paciente con psiconeurosis grave, recluído en sus últimos cinco años en el Hospital Neuropsiquiátrico. No se supo si se le tomó biopsia en la gastroscopía que le practicaron y por tanto sin haber llegado a un diagnóstico, lo trasladan al Hospital "in artículo mortis" en donde presenta moniliasis, perforación de esófago y su diagnóstico final de síndrome de Barrett aparece en el autopsia.

En los otros dos casos se tuvo la oportunidad de poderlos estudiar a fondo. Confirmando por biopsias gastroscópicas el diagnóstico y pudiendo llegar aún a tiempo para darles una solución quirúrgica curativa.

RESUMEN

Al habérsenos presentado en nuestro servicio de Cirugía Carlos Durán tres casos de Síndrome de Barrett nos preocupamos por revisar la literatura existente sobre tal entidad, los criterios diversos que todavía existen sobre su patogenia e insistimos por buscar con mayor prurito clínico por investigar esta enfermedad y el uso frecuente de la gastroscopía como método diagnóstico.

SUMARY:

We have found during the present year three cases of Barrett's Syndrome in the Surgery Service Carlos Durán. We got interested over the literature that we could found over the different criteria comming to pathogenesis. We insist about the effort of clinicians for looking this pathology and for practice more frecuent of fribro-glass gastrocopy for the diagnosis.

BIBLIOGRAFIA:

1.— BARRET N.R. Chronic peptic ulcer of the oesophagus and oesophagitis Br. J. Surg. 38:175—182, 1950.
2.— BARRET N.R. The lower esophagus lined by columnar epithelium. Surgery 41:881—894, 1957.

3.– BERMAN Edward J., Berman Jacob K. Distal Hernia Complex Surg. G & Obst. 837–888 Ap. 64 Indianapolis.

4.– BERQUIS'T H. Thomas, Nolan, Calson and Stephen. Diagnosis of Barrett's. Esophagus by Pertechnetrate Scitigraphy. Mayo Ch. Procedings Ap. 73-276-79.

5.– BREMMER M. Ch. Lynch, Ellis. Barrett's Esophagus. Congenital or Adquire. An Experimental Study of Esophageal Mucosal Regeneration in Dog Surg. Vol. 68 209–216 Mayo Cl. Surg. Minnesota, 1970.

6.– BURGESS John N., Payne, Andersen, Weiland, Carsson. Barrett's Esophagus.

7.– GOLDMAN Marvin C., Beckman Roberto C. Barrett's Symdome. Case Reported. Discusión about Concepts of pathgenesis. Gastroentesology 39:104–110, Jul. 60 Baltimore.

8.– HELM W. J., Schlegel J. F., Code, C.F., Summeskill, W. H. J. Indentification of gastroesophageal mucosal juntion by transmucal potential in healthy subjects and patients with hernia. Gastroenterology 48: 25, 1965.

9.– HERSHFIELD N. B. Lind J. F., Hildes J. A., and Mc Morris, L. S. Secretory Funtion of Barrett's epithelium, Gut 6:535–1965.

10.–JOHNSON Raymond B., Lubash William M. Management of Esophageal Disease Mo dern Treat Vol. 7 No. 6, 1194–1305. Nov. 70.

11.–JORDAN P. H. Jr., Longhy E. H. Diagnosis and Treatment of and esophageal structura (ring) in a patient with Barrett's epithelium, Ann Surg. 169–335–363, 1965.

12.–MENSH Maurice, Management of Syntonmatic Hiatal Hernia, Esophagitis and Gastritis. The Am. J. of the M. S. 668:61–69. Jun. 64.

13.–MISSAKIAN M.M., Carsol H.C., Andersen H. A. The roentgenologic features of the columnar epithelial-lined esophagus. An. J. Roengenal Radium The Nucl. Med. 99:212–217. 1967.

14.–NETTER Frank, Som Maxl, Wolf Bernard S. Diseases of the Esophagus. Esophagitis Esophageal Ulcers. Upper Digestive Tract. 3:146–148, 1961.

15.–PAYNE Spencer W., Ellis Henry F. Barrett's Esophagus Principles of Surgery. Shwarts 1:24, 1969.

16.–SOM M.L., and Wolf, B.S. Peptic ulcer of the esophagus and esophagitis in gastric-lined esophagus. J.A,M.A. 162:64, 1956.

17.–TRANURA H. et Al Barrett's type esophagus associated with squamous carcinoma. Chest. 59:330–3, March 1971.