



# American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Advancing patient care and digestive health by promoting excellence and innovation in endoscopy.

MEMBERS | HEALTHCARE PROFESSIONALS | PATIENTS

ADVOCACY | CLINICAL PRACTICE | EDUCATION | FOUNDATION | PRACTICE MANAGEMENT | PRESS ROOM | PUBLICATIONS | RESEARCH

## PATIENT INFORMATION

**Search**

### Patients

[Patient Information \(English\)](#)

[Patient Information \(Spanish\)](#)

[Patient Information \(Chinese\)](#)

[Find a Doctor](#)

[Patient Education Videos](#)

[Questions to Ask Your MD](#)

[Endoscopy Unit Recognition Program](#)

[Screen4coloncancer.org](#)

[About Colonoscopy](#)



## Cómo comprender el Esófago de Barrett

### ¿Qué es el esófago de Barrett?

El esófago de Barrett es una afección en la que el revestimiento esofágico se modifica, volviéndose más parecido al revestimiento del intestino delgado que al del esófago. Esto tiene lugar en la zona donde el esófago se une al estómago. Se cree que la principal razón para que aparezca el esófago de Barrett es la inflamación crónica causada por el GERD.

El esófago de Barrett es más habitual en personas que han tenido GERD durante un período prolongado o que comenzaron a padecerlo a temprana edad. Cabe destacar que la frecuencia o intensidad de los síntomas del GERD, tales como la acidez, no afectan la probabilidad de que una persona presente esófago de Barrett. La mayoría de los pacientes con esófago de Barrett no padecerán cáncer. En algunos pacientes, sin embargo, se puede presentar una modificación precancerosa del tejido, llamada displasia. Esta modificación precancerosa tiene más probabilidades de generar un cáncer esofágico.

En la actualidad, el diagnóstico de esófago de Barrett solamente puede realizarse mediante la endoscopia y la detección de modificaciones en el revestimiento esofágico a confirmarse por una biopsia del tejido. El diagnóstico definitivo de esófago de Barrett requiere la confirmación mediante biopsia de la modificación del revestimiento esofágico.

### ¿Estoy en riesgo de tener cáncer esofágico?

Existen dos tipos principales de cáncer esofágico: el cáncer escamocelular y el adenocarcinoma esofágico. El cáncer escamocelular se presenta habitualmente en personas fumadoras, que consumen productos derivados del tabaco y beben alcohol. Además, los afroamericanos también presentan mayor riesgo de padecer este tipo de cáncer, y es muy común en muchas zonas de Asia. La frecuencia de cáncer esofágico escamocelular en los Estados Unidos ha permanecido sin cambios. El otro tipo de cáncer, el adenocarcinoma esofágico, se presenta habitualmente en personas que padecen la enfermedad del reflujo gastroesofágico (GERD, según su sigla en inglés). También es muy común en hombres caucásicos con sobrepeso. La frecuencia de adenocarcinoma esofágico está aumentando en los Estados Unidos. El síntoma más común del GERD es la acidez, una afección que sufre el 20% de los adultos estadounidenses al menos dos veces por semana. Si bien estas personas presentan mayor riesgo de tener cáncer esofágico, la gran mayoría nunca tendrá esta enfermedad. En algunos pacientes con GERD (del 10 al 15%), se modifica el revestimiento esofágico cerca de la zona donde se unen el esófago y el estómago. Cuando esto sucede, la afección se denomina esófago de Barrett. Los médicos consideran que gran parte de los casos de adenocarcinoma esofágico comienzan con el esófago de Barrett.

### ¿Cómo determina mi médico la existencia de esófago de Barrett?

En primer término su médico realizará un procedimiento por imágenes del esófago mediante endoscopia para observar si existen suficientes modificaciones que indiquen esófago de Barrett. En la endoscopia superior, el médico introduce un tubo delgado y flexible denominado endoscopio por la boca del paciente y lo guía a través del esófago, estómago y duodeno. El endoscopio cuenta con una cámara y una fuente luminosa y proyecta imágenes en un monitor de video, permitiendo al médico observar si existen modificaciones del revestimiento esofágico. Si el médico sospecha que existe esófago de Barrett, se tomará una muestra de tejido (biopsia) para realizar un diagnóstico definitivo.

**La endoscopia por cápsula** es otro examen que se utiliza para examinar el esófago. En este procedimiento, el paciente debe tragar una cápsula de video del tamaño de una píldora que circula naturalmente a través de su tracto digestivo mientras transmite imágenes de video a un grabador de datos sujeto al cinturón del paciente, durante ocho horas aproximadamente. En la endoscopia por cápsula, el médico no puede tomar muestra de tejidos (biopsia). Ambas técnicas permiten al médico observar el extremo del esófago y determinar si se ha modificado el revestimiento normal de las paredes. Únicamente una endoscopia superior permitirá al médico tomar muestras de tejido esofágico para confirmar este diagnóstico, así como también observar las modificaciones de una displasia potencial que no pueden determinarse por el aspecto endoscópico solamente. El tejido de Barrett presenta un aspecto diferente que el revestimiento esofágico normal y es posible visualizarlo durante la endoscopia. La toma de muestra de tejido esofágico a través de un endoscopio, solamente prolonga brevemente el tiempo que dura el procedimiento, no causa molestias y en raras ocasiones genera complicaciones. Su médico puede por lo general decirle los resultados de la endoscopia una vez finalizado el estudio, pero deberá esperar algunos días para obtener los resultados de la biopsia.

### ¿Qué tipo de pacientes se debe examinar para detectar el esófago de Barrett?

El esófago de Barrett es dos veces más común en los hombres que en las mujeres. Suele presentarse en hombres caucásicos de mediana edad, que hayan tenido acidez durante muchos años. No existe consenso entre los expertos respecto de qué tipo de

pacientes deben ser examinados para detectar la enfermedad. Aún en aquellos pacientes que presentan acidez, el esófago de Barrett es poco frecuente y el cáncer de esófago es raro. Se recomienda examinar a pacientes mayores de 50 años que hayan tenido acidez significativa o que hayan requerido el uso regular de medicamentos para controlar la acidez durante varios años. Si ese primer examen de detección es negativo para el tejido de Barrett, no hay necesidad de repetirlo. Dado que existe una investigación permanente en esta área las recomendaciones pueden cambiar.

### ¿Cómo se trata el esófago de Barrett?

Los medicamentos y/o la cirugía pueden controlar efectivamente los síntomas del GERD. Sin embargo, ni los medicamentos ni la cirugía del GERD pueden revertir la presencia de esófago de Barrett ni eliminar el riesgo de cáncer. Existen algunos tratamientos disponibles que pueden destruir el tejido de Barrett. Estos tratamientos permiten disminuir la aparición de cáncer en algunos pacientes e incluye el uso de luz y productos químicos especiales (terapia fotodinámica), así como también calor (ablación por radiofrecuencia, ablación térmica con coagulación con plasma de argón y coagulación multipolar) y energía fría (crioterapia). Es necesario que usted analice la posibilidad y efectividad de estos tratamientos con su gastroenterólogo para estar seguro de que tiene el perfil adecuado. Estos tratamientos presentan riesgos potenciales y pueden no beneficiar a la mayoría de los pacientes con esófago de Barrett.

### ¿Qué es la displasia?

La displasia es una afección precancerosa que los médicos solamente pueden diagnosticar examinando muestras de tejido bajo el microscopio. Cuando la displasia puede observarse en una muestra de tejido, generalmente se describe como de “alto grado”, “bajo grado” o “indefinido para displasia”.

En la displasia de alto grado, se observan modificaciones anormales en muchas células y puede existir un patrón de crecimiento anormal de las mismas. La displasia de bajo grado indica que se observan algunas modificaciones anormales en la muestra de tejido pero éstas no involucran a la mayoría de las células y el patrón de crecimiento celular aún es normal. “Indefinido para displasia” simplemente significa que el patólogo no está seguro si las modificaciones observadas en el tejido son causadas o no por una displasia. Otras afecciones, tales como la inflamación o hinchazón del revestimiento esofágico, pueden hacer que las células parezcan ser displásicas cuando es posible que no lo sean. Se aconseja contar con un diagnóstico de displasia confirmado por dos patólogos diferentes, para asegurarse de que esta afección está presente en la biopsia. Si se confirma la displasia, su médico puede recomendarle endoscopias más frecuentes, un procedimiento que intente destruir el tejido de Barrett o una cirugía esofágica. Su médico le recomendará una opción basándose en cuán avanzada esté la displasia y en su estado de salud general.

### Si tengo esófago de Barrett, ¿con qué frecuencia debo realizar una endoscopia para verificar la existencia de displasia?

El riesgo de que un paciente con esófago de Barrett tenga cáncer de esófago es bastante bajo, aproximadamente un 0.5% por año (ó 1 de cada 200 por año). Por lo tanto, el diagnóstico de esófago de Barrett no debería ser razón para alarmarse. Sin embargo, es una razón para someterse a exámenes periódicos de endoscopia superior con biopsia de tejido de Barrett. Si las biopsias iniciales no indican displasia, la endoscopia con biopsia deberá repetirse aproximadamente cada 3 años. Si la biopsia indica displasia, su médico le brindará más recomendaciones respecto de los próximos pasos a seguir.

**RECORDATORIO IMPORTANTE:** Esta información tiene como único fin proporcionar pautas generales y no ofrece una opinión médica definitiva. Es muy importante que consulte con su médico acerca de su enfermedad específica.

