

Recurrencia de la displasia luego del tratamiento endoscópico con Hybrid-APC en el Esófago de Barrett.

Dra. Mildred Cecilia Armenteros Torres, DrC. Vivianne Anido Escobar, Dr. Jorge García Menocal, DrC. Norberto C. Alfonso Contino, DrC. Felipe Neri Piñol Jiménez, Dra. Dra. Maricela Morera Pérez.

Resumen

Introducción: Debido al incremento de la incidencia de adenocarcinoma esofágico y del riesgo de recurrencia de los pacientes tratados con técnicas endoscópicas, es necesario mantener y protocolizar una estrecha vigilancia endoscópica con tomas de muestras para biopsia.

Objetivo: evaluar la recurrencia de la displasia luego del tratamiento endoscópico con Hybrid-APC.

Método: se realizó una investigación observacional, descriptiva, de serie de casos en los pacientes clasificados con EB con displasia de bajo grado, después de un año de haber recibido tratamiento ablativo con Hybrid-APC en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso entre enero de 2025 a junio de 2025, con una muestra de 29 pacientes. Se recolectaron los datos generales de pacientes, Se tomarán muestras para estudio histológico según Protocolo de Seattle y se reevaluaron resultados endoscópicos e histológicos al año, a los tres y 5 años de realizado el proceder, en consulta, para valorar erradicación de la displasia y tasa de recurrencia de la misma. La información se procesó en el programa estadístico SPSS, versión 21.

Resultados: De un total de 29 pacientes, se reevaluaron 20 y 8 a los tres y 5 años respectivamente. Predomino el sexo masculino en un 62 %, con una edad media de 53. Se reportó bajo índice de recurrencia de la displasia, se observó en un 0 %, 5 % Y 0 % del total al año, a los 3 y 5 años respectivamente.

Conclusiones: Aunque el índice de recurrencia de la displasia en pacientes tratados con Hybrid-APC fue bajo, es necesaria la adecuada vigilancia endoscópica de los mismos.

PALABRAS CLAVE (4): esófago de Barrett; Displasia bajo grado; Hybrid-APC; recurrencia

Introducción

Los pacientes con Esófago de Barrett (EB) tienen mayor riesgo (30-40) de desarrollar adenocarcinoma esofágico.¹

El aumento indiscutible de la incidencia de adenocarcinoma del esófago (ACE) ha sido reportado como la quinta causa de muerte debido a cáncer en Estados Unidos lo que ha impulsado el desarrollo de múltiples estrategias encaminadas a intentar disminuir dicha progresión.^{2,3} En Cuba se presenta con una tasa 12,9 por cada 100 000, siendo la octava causa de tumor en el hombre.⁴

La terapia endoscópica se considera la primera línea de tratamiento para la displasia y el adenocarcinoma mucoso asociado al Esófago de Barrett. Las técnicas de terapéutica endoscópica recomendadas en la actualidad son: la resección endoscópica de la mucosa (REM), cuando se observa alguna lesión visible por pequeña que sea (nódulos, úlceras o placas), y la radiofrecuencia (RFA) para el resto del tejido metaplásico o con displasia sin lesión visible. La terapia combinada (REM+RFA) muestra tasas de 93% de erradicación completa de la neoplasia, y un 73 % para la displasia. Las tasas de recurrencia para el ACE son de 1,4 %, para la displasia 2,6 % y para la metaplasia intestinal (MI) del 16,1 %. En la terapia ablativa, por si sola, la recurrencia de la neoplasia es de 1,7 %, y 13 % para la MI.^{5,6}

Otros estudios reportan un 8% de recurrencia de displasia de alto grado y adenocarcinoma mucoso de esófago (DAG /ADC) en un tiempo medio de

seguimiento de 26 meses. Mientras que en otra investigación solamente en dos pacientes (3%) presentaron DAG/carcinoma intramucoso a los 22 y 44 meses respectivamente, que fueron tratados con éxito de nuevo mediante resección endoscópica de la mucosa (REM).⁷

La coagulación plasmática con argón tipo Hibrid (Hybrid-APC) es una técnica segura porque logra una terapia ablativa en una mayor área por sesión. En comparación con la radiofrecuencia es más complicada de realizar ya que requiere más habilidades y más tiempo, aunque los costos son menores. Múltiples estudios confirman que la ablación con Hybrid-APC es otra técnica efectiva y segura para el tratamiento endoscópico de la displasia en el EB.^{8, 9, 10.} Estevinho y colaboradores, reportaron en su estudio una recurrencia de EB de un 10 % en un periodo de seguimiento de 2 años.¹¹

La meta de la vigilancia endoscópica es identificar las lesiones precancerosas en una etapa temprana e intervenir con una intención curativa.

En relación con la recomendación actual de las diferentes guías y consensos internacionales, que la primera endoscopia de seguimiento luego de terapia endoscópica erradicadora (TEE) de EB debe realizarse en centro experto, con utilización de cromoendoscopia virtual, con toma de biopsia en los cuatro cuadrantes luego de la biopsia de lesiones visibles en la unión neo-escamocolumnar para detectar la recurrencia de displasia o cáncer.¹²

Después de la erradicación completa del EB (endoscópica e histológica), se debe realizar una vigilancia protocolizada con endoscopias y biopsias, con diagnóstico inicial de DBG en el primer, tercer y quinto año y con DAG/ADC anualmente los primeros cinco años, luego en el séptimo y a los 10 años después del último tratamiento, tras lo cual se puede interrumpir la vigilancia.^{12, 13}

Justificación

Debido al riesgo de recurrencia de la displasia y el adenocarcinoma esofágico en pacientes tratados con técnicas ablativas como el Hybrid-APC, es necesario mantener la vigilancia endoscópica e histológica para la detección precoz de lesiones premaligna y malignas en pacientes con EB. El seguimiento de estos

pacientes permitirá conocer la efectividad del tratamiento con Hybrid-APC para la erradicación total de la displasia.

Impactos

Impacto económico

Creación de un centro de referencia para el tratamiento endoscópico y seguimiento de pacientes con EB con displasia.

Contribución a la formación y elevación del nivel científico de los especialistas dedicados a la atención de pacientes con Esófago de Barrett.

Impacto Social

Mantener erradicación de la displasia de bajo grado a largo plazo.

Reincorporación más temprana de los pacientes a su vida social, proceder ambulatorio y una menor índice de recurrencia de la displasia.

Impacto Económico

Se infiere al lograr detección precoz de recurrencia de la enfermedad o la curación de la misma.

Técnica efectiva, segura con resultados similares a las recomendadas internacionalmente, las cuales son más costosas (radiofrecuencia)

Objetivo:

Evaluar la recurrencia de la displasia luego del tratamiento endoscópico con Hybrid-APC.

Método:

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, de serie de casos en los pacientes clasificados con EB con displasia de bajo grado, después de un año de haber recibido tratamiento ablativo con Hybrid-APC en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso entre enero de 2025 a junio de 2025, con una muestra de 29 pacientes. Se recolectaron los datos generales de pacientes (edad, sexo). Se tomarán muestras para estudio histológico según Protocolo de Seattle y se reevaluaron resultados endoscópicos (longitud del EB, Hernia hiatal, número de

sesiones) e histológicos (recurrencia de displasia) al año, a los tres y 5 años de realizado el proceder, en consulta, para valorar erradicación de la displasia y tasa de recurrencia de la misma. Se considero recurrencia aquellos con diagnostico histológico evolutivo de displasia con previa histología con ausencia de la misma. La información se procesó en el programa estadístico SPSS, versión 21. Las variables cualitativas fueron resumidas mediante porcentajes y las cuantitativas usando la media y la desviación estándar. Para contrastar las variables se emplearán pruebas estadísticas de comparación de medias (Chi cuadrado) y de comparación medidas la descripción de variables cuantitativas continuas se utilizará la media y desviación estándar Se empleará un nivel de significación estadística $\alpha=0,05$ para todas las pruebas empleadas.

Resultados

De un total de 29 pacientes, se reevaluaron 20 y 8 a los tres y 5 años respectivamente. Predomino el sexo masculino en un 62 %, con una edad media de 53 (rango 27-80). La mayoría de los pacientes se reportó un EB corto, con una media de sesiones de 1,7 (1-4 sesiones). Se reportó bajo índice de recurrencia de la displasia, solo 1 paciente presento recurrencia a los 3 años representando el 5 % del total, a la cual se le aplicaron nuevas sesiones, con erradicación de la displasia en seguimiento histológico de los 3 meses. En cuanto a la presencia de hernia hiatal se observó una relación significativa con la recurrencia (p 0.0146). No se reportó recurrencia al año ni a los 5 años de culminar el proceder.

(Tabla 1).

Tabla 1. Recurrencia de la displasia en el Esófago de Barrett.

Variables	Recurrencia		Recurrencia		Chi	p	Recurrencia	
	Total(1 año) (n=29)		Total(3 años) (n=20)				(x)	Total(5 años) (n=8)
	si	no	si	no			si	no
Edad					0.8612	0.3534		
50 y mas	0	16	1	10			0	5
Menor 50	0	13	0	9			0	3

Sexo					1.2865	0.2567		
Masculino	0	17	0	11			0	4
Femenino	0	11	1	8			0	4
Longitud EB					0.1170	0.7324		
Mayor igual 3cm	0	3	0	2			0	0
Menor 3cm	0	26	1	17			0	8
Hernia Hiatal					5.9649	0.0146		
si	0	7	1	2			0	1
no	0	22	0	17			0	7
No.sesiones					6.7241	0.0812		
1	0	12	0	5			0	4
2	0	9	0	8			0	4
3	0	5	0	4			0	0
4	0	3	1	2			0	0

Discusión

La presencia del EB como condición premaligna aumenta el riesgo de forma significativa del adenocarcinoma de esófago ⁽¹⁶⁾. En las últimas dos décadas se han realizado grandes esfuerzos en el desarrollo de tratamientos endoscópicos, en especial en el campo de la terapia ablativa, considerada en la actualidad una opción terapéutica válida por las diferentes asociaciones médicas que definen el manejo del EB.

Similar a lo planteado en la literatura ⁽¹⁷⁾, en esta serie hubo predominio del sexo masculino, aunque se reporta una edad media menor. Lo cual pudiera estar en relación con la presentación de la enfermedad por reflujo en edades más tempranas, además de la posibilidad de existencia de predisposición genética no evaluada.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos se observó mayor frecuencia del EB corto que requirió una media de sesiones de 1,5; en correspondencia a los reportado por autores internacionales ⁽¹⁸⁾

A pesar de que la ablación con Hybrid APC ha demostrado ser eficaz para lograr la erradicación de la displasia, la recurrencia de la misma después de una terapia ablativa exitosa es un evento común y, por lo tanto, la vigilancia con biopsia es obligatoria. Los datos de resultados de grandes cohortes y meta análisis ilustran una tasa de recurrencia de aproximadamente el 7-10% por paciente-año de seguimiento.^(11,19,20) Estevinho y colaboradores⁽¹¹⁾, reportaron en su estudio una tasa de recurrencia de EB de un 10 % en un periodo de seguimiento de 2 años. Mientras que Wronska en su estudio⁽¹⁹⁾ evaluó resultados en corto y largo plazo con una completa erradicación de la displasia en un 93 % luego de 2 años de seguimiento.

En contraste, en estudio sistemático reportaron una recurrencia significativamente alta de un 16.1 % en pacientes tratados con Hybrid APC con respecto al APC convencional que fue de 7,3 %.⁽²⁰⁾ En el presente análisis se muestra bajos índices de recurrencia con respecto a los reportado en la literatura, en un 5 % con una evaluación a los 3 años.

Dentro de los factores asociados con lesiones recurrentes que se describen en la literatura, se encuentran la edad avanzada del paciente y la longitud del EB. En este estudio no se observó correlación estadísticamente significativa de la presencia de recurrencia con estas variables. No obstante, la existencia de hernia hiatal si reflejo una relación significativa en contraste con otras series. La hernia hiatal es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad por reflujo, que a su vez interviene, junto a otros factores, en el desarrollo del EB.⁽²¹⁾

Los resultados demuestran la importancia de la vigilancia endoscópica para la detección y el manejo precoz de pacientes con recurrencia de la displasia a largo plazo. Se deben realizar estudios donde se evalúen los factores predictivos de la recurrencia.

Conclusiones

Aunque el índice de recurrencia de la displasia en pacientes tratados con Hybrid-APC fue bajo, es necesaria la adecuada vigilancia endoscópica de los mismos.

Por lo que se requieren mantener protocolos de vigilancia endoscópicas adecuados a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gould JC, Wendling MR, Oeschlager BK, Mittal SK, Komanduri S, Perry KA et al. Advances in the Diagnosis and Treatment of Barrett's Esophagus and Early Esophageal Cancer; Summary of the Kelly and Carlos Pellegrini SSAT/SAGES Luncheon Symposium. J Gastrointest Surg .2017; 1-8.
2. Alsop BR, Sharma P. Esophageal cáncer. Gastroenterol Clin N Am. 2016: 399–412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2016.04.001>.
3. Van Laethem J-L, et al. The multidisciplinary management of gastro-oesophageal junction tumours. European Society of Digestive Oncology (ESDO): Expert discussion and report from the 16th ESMO World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona. Dig Liver Dis. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2016.08.112>.
4. Guerra Izquierdo J. 2023 Anuario estadístico de Salud. La Habana 2024. ISSN: versión electrónica 1561- 4433.
5. Morales Martínez I, Brizuela Quintanilla RA, Armenteros Torres MA, Durán Morera N. Tratamiento endoscópico del esófago de Barrett con displasia de bajo y alto grado. Medicent Electrón. 2022; 26 (3) :637-656.
6. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus: An Updated ACG Guideline. Am J Gastroenterol 2022;117(4):559-87.
7. Tamayo de la Cuesta. JL. Esófago de Barrett, actualidades en el diagnóstico y tratamiento. Rev de Gastroenterología de México. 2016;81(1):56-58

8. Hamade N, Sharma P. A narrative review of endoscopic therapies in Barrett's esophagus. *Ann Esophagus* 2021; 4:37 disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/aoe-20-73>
9. Ventre S, Shahid H. Endoscopic therapies for Barrett's esophagus *Transl Gastroenterol Hepatol* 2021;6:62 disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/tgh.2020.02.04>
10. Shah, S.N.; Chehade, N.E.H.; Tavangar, A.; Choi, A.; Monachese, M.; Chang, K.J.; Samarasena, J.B. Hybrid Argon Plasma Coagulation in Barrett's Esophagus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin. Endosc.* 2023, 56, 38–49.
11. Estevinho MM, Pinho R, Carlos Silva J, Correia J, Mesquita P, Freitas T. Hybrid Argon Plasma Coagulation for Barrett's Esophagus and for Colonic Mucosal Resection—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomedicines* 2023, 11, 1139. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041139>
12. Wani S, Han S, Kushnir V, Early D, Mullady D, Hammad H, et al. Recurrence is rare following complete eradication of intestinal metaplasia in patients with Barrett's esophagus and peaks at 18 months. *Clinical gastroenterol andhepatol.* 2020, 18;(11) :2609-2617.
13. Weusten BLAM, Bisschops R, Dinis-Ribeiro M, et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline [published online ahead of print, 2023 Oct 9]. *Endoscopy.* 2023; <https://doi.org/10.1055/a-2176-2440>.
14. Espino A, Vargas JI, Latorre G, Richter H, Quesada N, Torres J, et al. Esófago de Barrett: Actualización en el diagnóstico y tratamiento. *Rev med Chile* 2023; 151(10): 1332-1343.
15. Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Souza RF, Yadlapati RH, Sauer BG, et al. Diagnosis and management of Barrett's Esophagus: An updated ACG Guideline. *Am J Gastroenterol* 2022; 117:559-587
16. Freund S, Probst A, Messmann H. Actualizacion sobre la terapia ablativa para la displasia relacionada con el síndrome de Barrett. *Ann Esophagus* 2023; 6:(6): 2020-36.

17. Maione F, Chini A, Maione R, Manigrasso M, Mareello A, Cassese G, et al. Endoscopic diagnosis and management of Barrett's esophagus with low-grade dysplasia. *Gastrointest Endosc* 2022;12(5): 1209-95. Available from: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12051295>
18. Wang D, Chen Y, Ji F, Hu JW, Zhou PH, Xu SCH. Hybrid argon plasma coagulation for the treatment of Barrett's esophagus: A prospective, multicenter study. *World J Clin Cases* 2024;12(19): 3866-72
19. Wronska, E, Polkowski, M, Orłowska, J. Argon Plasma coagulation for Barrett's esophagus with low grade dysplasia: A randomized trial with long term follow-up on the impact of power setting and proton pump inhibitor dose. *Endoscopy* 2021, 53, 123-132
20. Kozyk M, Kumar L, Strubchevska K, Trivedi M, Wasvary M, Giri S. Efficacy and safety of argon plasma coagulation for the ablation of Barrett's esophagus: A systematic review and meta-analysis. *Gut Liver* 2024; 18(3): 434-443.
21. Solfisburg QS, Sami SS, Gabre J, Soroush A, Dhaliwal L, Beveridge C. Clinical significance of recurrent gastroesophageal junction intestinal metaplasia after endoscopic eradication of Barrett's esophagus. *Gastrointest Endosc*. 2021; 93: 1250-57.