

Cribado del esófago de Barrett en atención primaria: oportunidad para las técnicas no endoscópicas

Kadri SR, Lao-Sirieix P, O'Donovan M, Debiram I, Das M, Blazeby JM, et al. Acceptability and accuracy of a non-endoscopic screening test for Barrett's oesophagus in primary care: cohort study. *BMJ*. 2010;341:c4372. doi: 10.1136/bmj.c4372.

Objetivo. Evaluar la seguridad y aceptabilidad de una técnica no endoscópica para el cribado del esófago de Barrett (EB) mediante un dispositivo ingerible (citoesponja) acompañado de inmunocitoquímica para el factor Trefoil³.

Diseño y emplazamiento. Estudio de cohorte prospectivo en 12 unidades de atención primaria del Reino Unido con un servicio de gastroscopia hospitalario de referencia. Población: pacientes de 50-70 años con tratamiento antisecretores (inhibidor de bomba de protones o antihistamínico H2) durante más de 3 meses en los últimos 5 años. Criterios de exclusión: diagnóstico previo de EB, gastroscopia en el último año, disfagia, hipertensión portal, alteración o medicación para la coagulación, comorbilidad física o psicológica importante o incapacidad de aportar consentimiento informado.

Población de estudio e intervención. Sobre 2.696 pacientes elegibles, del 23,2% inicial que aceptó el estudio, tras las pérdidas de la cita acordada, criterios de exclusión o falta de consentimiento, la población muestral final fue de 504 individuos (18,7%). Se procedía a una invitación por carta y entrevista clínica posterior para explicar la técnica de citoesponja, cumplimentar cuestionarios y aceptar el consentimiento del estudio. La intervención pretende estimar la sensibilidad y especificidad de la técnica no endoscópica para detectar EB frente al método convencional de gastroscopia, y evaluar la ansiedad y aceptabilidad del paciente (test breve de Spielberger y escala analógica visual respectivamente) al acabar el estudio, a los 7 y 90 días.

Medición y resultados principales. Del total de sujetos (504), el 99% completó la deglución de la citoesponja sin efecto adverso alguno. El 3% fue diagnosticado de EB (15/501) para segmento circunferencial ≥ 1 cm y 2,2% (10/501) ≥ 2 cm. Comparado con la gastroscopia convencional, la sensibilidad y sensibilidad de la citoesponja para un segmento ≥ 1 cm fue 73,3% (intervalo de confianza [IC] del 95% 44,9-92,2) y 93,8% (IC del 95% 91,3-95,8), y para un segmento ≥ 2 cm del 90% (IC del 95%: 55,5-99,7) y 93,5% (IC del 95%: 90,9-95,5). No hubo diferencias significativas entre pacientes con EB ≥ 1 cm y sin EB, mientras que en EB con segmento ≥ 2 cm hubo un mayor predominio de fumadores ($p = 0,03$). Las tasas de respuesta de los cuestionarios fue del 99, 93 y 83% al finalizar, 7 y 90 días del estudio, respectivamente. El nivel de ansiedad fue bajo (82%; IC del 95%: 78,9-85,1), con un valor constante en la medición del impacto en la escala de eventos significativos de ansiedad durante el seguimiento, con menos de un 4,5% (IC del 95%: 2,8-6,1) de estrés psicológico.

Conclusión. La disponibilidad de un test no endoscópico (citoesponja con biomarcador específico) resulta una técnica prometedora para el cribado de EB con una buena tolerancia en los pacientes.

no existe un diagnóstico previo de EB. La incidencia del EB es difícil ya que la mayoría de pacientes están asintomáticos y la conversión cancerígena puede ocurrir muchos años después. Se estima un 1,7% de EB en población general, de ACE en 5,98/1.000 pacientes/año, 16,98/1.000 pacientes/año y de 65,8/1.000 pacientes/año en EB sin displasia, displasia de bajo grado y de alto grado, respectivamente.

Clásicamente se ha definido un EB de segmento largo y corto, aunque actualmente se emplea la clasificación de Praga, que valora la longitud del desplazamiento circunferencial y la máxima longitud del segmento metaplásico por encima de la unión esofagogástrica.

Debido a la frecuencia de síntomas de reflujo en población general no es viable la indicación de una endoscopia de cribado, limitándose a la sospecha en clínica de alarma y con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) crónico (> 5 años). Se ha citado que el beneficio del cribado de EB en pacientes con ERGE podría superar al de los programas de seguimiento de pacientes con EB.

Este trabajo se centra en la línea de investigaciones similares sobre diferentes biomarcadores susceptibles de valorar precozmente los cambios de proliferación celular que pueden conllevar una transformación maligna¹. Se expone una técnica no endoscópica de deglución de una cápsula gelatinosa que se disuelve en 5 minutos, expandiéndose una citoesponja con Trefoil Factor 3, que en su arrastre al exterior capta la población celular susceptible de EB.

Una de las ventajas del trabajo es su ámbito de aplicación, realizándose sobre población en atención primaria y obteniendo unos resultados coherentes con datos previos en la literatura sobre prevalencia de EB, además de señalar una notable tolerancia en los pacientes. Ciertamente la tasa de reclutamiento final es muy discreta y se argumenta que las campañas poblacionales requieren estrategias de difusión que superan el alcance de este proyecto. Tampoco puede eludirse un sesgo de participación donde los pacientes con percepción más acusada de síntomas o proactivos al estudio facilitasen la tasa diagnóstica de EB observada.

Asumiendo que no hay suficiente evidencia hasta la fecha que demuestre que el cribado del EB disminuye la incidencia de ACE, se requieren estudios más amplios sobre la idoneidad de este tipo de prometedoras técnicas con evaluación del coste-efectividad para validar su potencial inclusión. Al menos, los resultados de diferentes estudios en este campo abren la oportunidad.

Juan Ferrándiz Santos

Subdirección de Calidad. Dirección General de Atención al Paciente. Servicio Madrileño de la Salud. Madrid. España.

Comentario

El EB es un cambio del epitelio distal del esófago con mucosa de tipo columnar en la endoscopia y metaplasia intestinal en la biopsia del esófago tubular. El adenocarcinoma esofágico (ACE) se desarrolla a partir del EB en una secuencia metaplasia-displasia-adenocarcinoma (riesgo aproximado de 0,5%/año), si bien en la mayoría

Bibliografía

1. Lao-Sirieix P, Boussioutas A, Kadri SR, O'Donovan M, Debiram I, Das M, et al. Non-endoscopic screening biomarkers for Barrett's oesophagus: from microarray analysis to the clinic. *Gut*. 2009;58:1451-9.