

A detecção precoce do adenocarcinoma no Esôfago de Barrett (EB) é de suma importância para o tratamento eficaz e com menor morbidade.

Diversas sociedades de Gastroenterologia recomendam o seguimento endoscópico periódico para os pacientes com EB sem displasia e o tratamento endoscópico ou cirúrgico quando apresentam displasia de alto grau ou adenocarcinoma (HGD/EAC).

### **A melhor abordagem endoscópica dos pacientes com EB atualmente é a seguinte:**

- Utilizar o melhor endoscópio disponível na sua instituição
- Lavar as secreções com água, luftal ou com n-acetilcisteína
- Cromoscopia com ácido acético
- Biópsias conforme protocolo de Seattle:
  - Biópsias dirigidas nas áreas suspeitas
  - Biópsias aleatórias nos quatro quadrantes a cada 2 cm

Sabe-se no entanto, que as biópsias aleatórias podem perder áreas com displasia (estimativa de 15-20% de perda).

Um agravante desta situação é a baixa aderência dos endoscopistas com o protocolo de Seattle. Ao menos dois artigos alertam que menos de 50% dos endoscopistas Europeus e Americanos seguem o protocolo de Seattle.

### **Métodos**

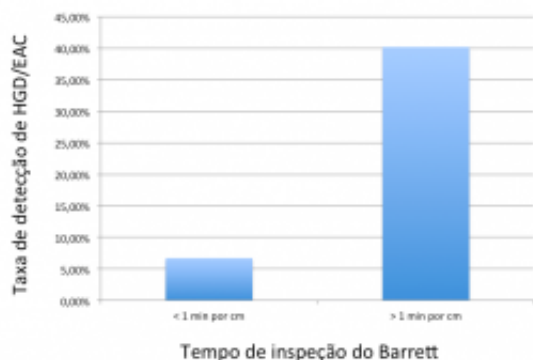
Este estudo prospectivo foi conduzido em 5 centros de referência. Os examinadores cronometaram o tempo que os endoscopistas dedicaram inspecionando o EB com luz branca. O equipamento utilizado foi um endoscópio de alta definição (Olympus 180HD). Após a inspeção com luz branca realizavam-se as biópsias conforme protocolo de Seattle.

O tempo de inspeção foi dividido pela extensão máxima do EB, dando o índice Inspeção do Barrett/cm.

### **Resultados**

- 112 pacientes selecionados para análise
- 54 (48.2%) apresentavam displasia
- 38 pacientes (33.9%) apresentavam HGD/EAC
- Pacientes que apresentavam alguma lesão suspeita já na luz branca tinham maior chance de apresentar displasia do que aqueles em que não havia esta suspeita (59.6% vs 7.3%,  $p < 0.001$ ). (Este achado ressalta a importância da biópsia dirigida!)

Os 112 pacientes foram examinados por 11 endoscopistas. Houve uma correlação direta entre a média de tempo que cada endoscopista dedicava ao exame do EB e a detecção de pacientes com HGD/EAC ( $p = 0.03$ ). Os endoscopistas com média de tempo de exame **maior que 1 minuto por centímetro de Barrett** detectaram mais pacientes com lesões suspeitas do que aqueles com média menor que 1 min.



Os endoscopistas com média de tempo de exame maior que 1 minuto por centímetro de Barrett detectaram mais pacientes com lesões suspeitas do que aqueles com média menor que 1 min.

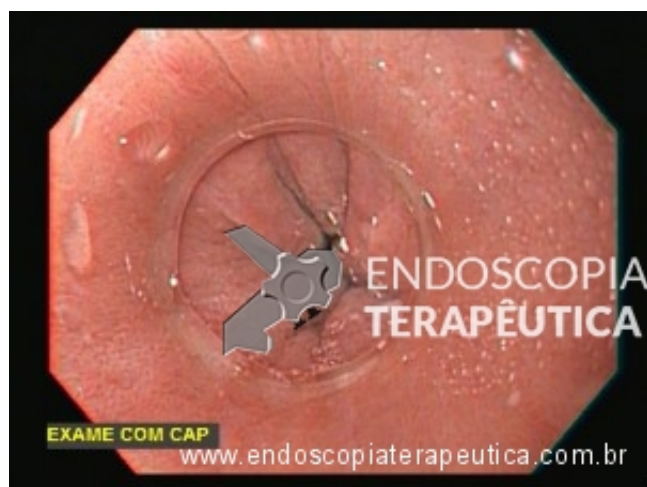
## Discussão

O estudo apresenta algumas limitações: os exames foram realizados por endoscopistas experts em Barrett e houve um alto índice de casos com displasia. Estes fatos limitam a generalização dos resultados.

Importante fato a ser considerado é o tamanho relativamente pequeno da amostra. Pode ter ocorrido distribuição desigual dos casos com displasia entre os endoscopistas, levando a um tipo de erro em que alguns endoscopistas com menor tempo de inspeção tivessem realmente menos casos com displasia. Ou seja, seu exame foi mais rápido pois o epitélio era extremamente regular e eles ficaram satisfeitos com o exame em pouco tempo.

Excluindo esses poréns, este estudo apresenta vários pontos fortes e demonstra a importância do exame detalhado nesta população, à semelhança do que ocorreu com a colonoscopia há alguns anos (associação entre tempo de retirada do aparelho e detecção de adenomas).

Um ponto importante a favor deste estudo foi a exclusão dos pacientes com lesões muito óbvias, como aqueles com lesões ulceradas ou com nodulações > 10mm (o que alertaria para um caso mais grave).



A utilização de um cap é muito importante para melhor visualização do Barrett em pacientes com funduplicatura



Exame do Barrett com ácido acético + NBI



Exame detalhado com ácido acético + magnificação



### Em resumo:

- Vale a pena dedicar um tempo a mais para examinar com cuidado o seu paciente com esôfago de Barrett
- Utilize o melhor equipamento disponível
- Lave o muco e a saliva em excesso para permitir um exame cuidadoso

- Cromoscopia com ácido acético (alguns utilizam índigo-carmin) é encorajada
- Faça biópsias dirigidas nas áreas suspeitas (elevações, depressões, alteração do relevo, alteração da cor) seguido de biópsias nos quatro quadrantes
- Separar as biópsias aleatórias em frascos identificados pela distância da arcada dentária superior (38 cm ADS, 36 cm ADS, 34 cm ADS, etc)

Link para o artigo original:

[Longer inspection time is associated with increased detection of high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus.](#)

Gupta N, Gaddam S, Wani SB, Bansal A, Rastogi A, Sharma P.

Gastrointest Endosc. 2012 Sep;76(3):531-8.

**Assuntos relacionados:**



[Galeria de imagem de Esôfago de Barrett](#)