

Guideline ASGE de 2012 para acompanhamento em Esôfago de Barrett.



- **Esôfago de Barrett (EB)**

Presença de metaplasia intestinal especializada em esôfago , sendo considerada lesão precursora de adenocarcinoma (AE) .

Risco de 11,3 X maior que a população sem lesão.

Classificado histologicamente em sem displasia (NBDE), displasia de baixo grau (LGD), displasia de alto grau (HGD), carcinoma intramucoso (IMC) e neoplasia invasiva (EAC).

Endoscopia tradicional é suficiente para o diagnóstico de até 90% dos casos de EB. Biópsias devem ser guiadas para áreas de nodulações , úlceras e outras alterações mucosas , já que estas são as mais comuns para displasia ou adenocarcinoma.

Não está indicado rastreamento em pacientes com fator de risco isolado para EB (tempo de sintomas, idade do paciente , sexo masculino), e também não está indicada endoscopia de repetição em pacientes sem alterações no exame inicial.

Conduta frente aos achados de EB :

Vigilância em achado de NBDE:

Vigilância é controversa, aceitando-se que seja realizada endoscopia a cada 3 a 5 anos, com biópsias em quadrantes a cada 2 cm de área de EB (e também lesões suspeitas).

Ablação pode ter lugar.

Vigilância em achado de LGD:

Maior risco de progressão para EAC (em comparação aos achados de NBDE – 0,7% ao ano).

Recomendado segmento a cada um a dois anos , seguindo o Protocolo de Seattle : Biópsias guiadas em alterações mucosas e biópsias aleatórias nos 4 quadrantes a cada 1 cm com pinça de grande capacidade, em todo o segmento de EB)

Maiores evidencias de que a ablação possa apresentar melhor custo benefício.

Vigilância em achado de HGD:

Biópsias com achado de HGD sempre devem ser reavaliadas por patologista experiente.

Vigilância só é realizada em pacientes onde não é possível a realização de ablação ou cirurgia

Manejo dos pacientes frente ao achado de displasia :

Pode ser resumido na tabela abaixo.

Histology	Intervention options
NDBE	Consider no surveillance. If surveillance is elected, perform EGD every 3 to 5 years with 4-quadrant biopsies every 2 cm. Consider endoscopic ablation in select cases.
IGD	Clarify presence and grade of dysplasia with expert GI pathologist. Increase antireflux therapy to eliminate esophageal inflammation. Repeat EGD and biopsy to clarify dysplasia status.
LGD	Confirm with expert GI pathologist. Repeat EGD in 6 months to confirm LGD. Surveillance EGD every year, 4-quadrant biopsies every 1 to 2 cm. Consider endoscopic resection or ablation.
HGD	Confirm with expert GI pathologist. Consider surveillance EGD every 3 months in select patients, 4-quadrant biopsies every 1 cm. Consider endoscopic resection or RFA ablation. Consider EUS for local staging and lymphadenopathy. Consider surgical consultation.

NDBE, Nondysplastic Barrett's esophagus; IGD, indeterminate for dysplasia; LGD, low-grade dysplasia; HGD, high-grade dysplasia; RFA, radiofrequency ablation.

OUTRAS LESÕES PRÉ MALIGNAS :

- Acalasia : Aumento de 16 a 33 x no risco de carcinoma espinocelular em relação a população normal .

Não há ainda orientação sobre o papel do acompanhamento endoscópicos nestes casos (como screening)

- Antecedente de neoplasia do trato aerodigestivo: Câncer sincrônico ou metacrônico em até 14% dos casos .

Não há dados que demonstram eficácia de screening, porém, a maioria dos especialistas indica

endoscopia digestiva em pacientes com achado de carcinoma espinocelular de trato respiratório.

- Lesão cáustica : Mais comumente associado a carcinoma espinocelular.

Indicado screening a partir de 10 anos da lesão, e depois a cada um a dois anos.



[Clique aqui para baixar e ler o Guideline completo !](#)