

ESÔFAGO DE BARRETT: CONCORDÂNCIA DIAGNÓSTICA ENTRE OS ACHADOS DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA E A HISTOLOGIA.

BARRETT'S ESOPHAGUS: DIAGNOSTIC AGREEMENT BETWEEN HIGH DIGESTIVE ENDOSCOPY FINDINGS AND HISTOLOGY.

Flávio Heuta **IVANO**¹, Odilon Henrique Bento **GONÇALVES**², Danielle Giacometti **SAKAMOTO**³, Victor Kenzo **IVANO**⁴, Anah Julia Bento Andreoli **GONÇALVES**⁵, Ana Gabriela de Matos **MARTINS**⁶.

Rev. Méd. Paraná/1571

Ivano FH, Gonçalves OHB, Sakamoto DG, Ivano VK, Gonçalves AJBA, Martins AGM. Esôfago de Barrett: concordância diagnóstica entre os achados da endoscopia digestiva alta e a histologia. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):75-78.

RESUMO - Justificativa: A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) apresenta alta prevalência na população mundial. Uma de suas complicações, é o esôfago de Barrett (EB), uma alteração histológica pré-maligna do epitélio esofágico. O seu diagnóstico se dá através do exame endoscópico e posterior confirmação histopatológica. Objetivo: Estimar a concordância diagnóstica, nos casos suspeitos de EB, entre o exame endoscópico e a análise histológica. Métodos: Foram analisados 151 pacientes, retrospectivamente, com suspeita diagnóstica de EB na endoscopia. Os dados foram obtidos a partir de prontuários eletrônicos, entre Julho de 2013 e Julho de 2014. Os laudos anatomopatológicos foram obtidos através de registros do laboratório Byori. Resultados: Entre os 151 pacientes submetidos a biópsias com suspeita endoscópica de EB, 47 (31,1%) obtiveram confirmação diagnóstica através do exame anatomopatológico. Conclusão: A endoscopia digestiva alta é um bom exame para detecção de metaplasia colunar, entretanto, nos casos de esôfago de Barrett, essa eficácia não se reproduziu.

DESCRITORES - Esôfago de Barrett, Metaplasia, Endoscopia, Histologia, Refluxo Duodenogástrico.

INTRODUÇÃO

O esôfago de Barrett (EB) é uma complicação, condição pré-maligna, da doença do refluxo gastroesofágico. Ao exame endoscópico, apresenta-se como, lesão circunferencial ou na forma de linguetas, de coloração vermelho salmão, na região do esôfago distal, com aumento da vascularização no local da lesão, caracterizado pela presença de mucosa glandular, podendo ser classificado em Barrett curto (BC), lesão menor do que três centímetros de extensão, ou Barrett longo (BL), se a lesão for maior ou igual a três centímetros. Histologicamente, o EB é caracterizado pela substituição do epitélio estrati-

ficado pavimentoso do esôfago, por epitélio colunar especializado (metaplasia intestinal)¹. Além da metaplasia intestinal, podem ocorrer a metaplasia colunar juncional (ou da cárdia) e a gástrica². O processo de formação é o mesmo do Barrett, entretanto, não são observadas as células calciformes junto ao epitélio colunar. Não há estudos que comprovem a ligação entre a metaplasia juncional e o desenvolvimento de adenocarcinoma^{2,3}.

Apesar de ter uma baixa incidência, o adenocarcinoma relacionado ao EB é a neoplasia que mais aumentou em frequência nos últimos 20 a 30 anos⁴. Calcula-se que o risco anual de malignização nessa situação é de 0,12%⁵. Estima-se que entre a população global, 1,6 % seja portador do EB, sendo

Trabalho realizado no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Sugisawa e na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

1 - Professor adjunto da Escola de Medicina da PUCPR. Coordenador do Centro de Treinamento SOBED de Endoscopia Digestiva do Hospital Sugisawa.

2 - Médico pela PUC-PR, Cirurgião Geral pelo Hospital Universitário Cajuru, Curitiba-PR.

3 - Médica pela PUC-PR, Patologista Clínica no Laboratório Byori.

4 - Médico pela PUC-PR, Residente do Segundo ano de Cirurgia Geral pela Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

5 - Médica pela PUC-PR, Residente do primeiro ano de Oftalmologia da Santa Casa de Curitiba.

6 - Médica pela PUC-PR, Especialista em Clínica médica pelo Hospital do Idoso Zilda Arns, Curitiba - PR.

um terço de longa extensão⁵. O sexo de maior risco é masculino, gênero caucasiano, tendo incidência de 3,6/100.000 homens caucasianos⁶. Entre os pacientes com DRGE, a metaplasia especializada é encontrada em 10 a 13% dos casos⁷.

Quanto à fisiopatologia, a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) está diretamente relacionada ao desenvolvimento do EB. A exposição crônica ao conteúdo ácido do estômago por um período prolongado, estimula a metaplasia esofágica^{8,9,10}. Sendo que, quanto maior a exposição a acidez, maior a extensão da lesão. Seguindo a fisiopatogenia, alguns casos podem evoluir para displasia e chegar ao adenocarcinoma de esôfago^{10,11}. Esse caminho metaplasia, displasia e adenocarcinoma, já são conhecidos, embora os mecanismos envolvidos ainda sejam pouco elucidados¹².

Para a confirmação diagnóstica do EB, se faz necessário a biópsia na região com as alterações já descritas e posterior confirmação da metaplasia intestinal por intermédio de análise histológica^{13,14}. Não se recomenda biopsiar a lesão em vigência de inflamação ativa devido à possibilidade de alterar o resultado¹⁴. Após o diagnóstico estabelecido, as medidas a serem tomadas são: tratar clinicamente a esofagite e manter o paciente sob vigilância para evitar a evolução para adenocarcinoma de esôfago. Embora o tratamento com inibidores de bomba de prótons seja utilizado, não há comprovação que diminua a evolução para o adenocarcinoma¹⁵.

Sabe-se que a concordância diagnóstica entre a endoscopia e a histologia pode variar de acordo com os métodos utilizados tanto no primeiro quanto segundo exame. Assim, o objetivo deste estudo é estimar a concordância diagnóstica, nos casos suspeitos de esôfago de Barrett, entre o exame endoscópico e a análise histológica em um serviço de referência endoscópica.

MÉTODOS

É um estudo retrospectivo, observacional e de centro único. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa da PUC-PR sob o número CAAE: 37598020.7.0000.0020. Os dados foram obtidos por intermédio de prontuários eletrônicos (sistema Tasy) do serviço de endoscopia digestiva alta do hospital Sugisawa de Curitiba. Os dados anatomopatológicos foram obtidos por meio de registros do laboratório Byori. O período em que foram coletados os dados se estende do mês de julho de 2013 a julho de 2014, sendo selecionados 151 pacientes com suspeita endoscópica do esôfago de Barrett. A biópsia endoscópica foi feita de maneira seriada a cada 2 cm abrangendo quatro quadrantes da lesão, nos casos sem displasia. Inicialmente, havia o número de 201 pacientes com suspeita endoscópica, entretanto, foram excluídos 50 pacientes por não terem sido encontrados os respectivos laudos anatomopatológicos.

Foram confrontados os números de suspeitas endoscópicas com a confirmação do laudo anatomopato-

lógico. Ainda foram realizadas outras análises e correlações por meio dos dados presentes nos prontuários, como: idade, sexo, presença de hérnia hiatal, classificação de esofagite (Los Angeles), presença de gastrite, duodenite, suspeita de esôfago de Barrett e a extensão do EB. Já os dados utilizados do laudo anatomopatológico foram: a classificação histológica da esofagite e a confirmação do EB. A coloração utilizada na histologia foi o alcian blue e foi considerado positivo para Barrett na presença de células azuis (muco corado em azul com este corante).

Os resultados obtidos foram descritos por médias e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas). Para avaliação da associação entre duas variáveis qualitativas foi usado o teste exato de Fisher. Para a comparação dos grupos definidos pela presença ou não de Barrett, em relação à idade, foi considerado o teste t de Student para amostras independentes. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0.

RESULTADOS

A avaliação da qualidade da endoscopia como preditor da presença de esôfago de Barrett (EB), revelou que dos 151 casos com suspeita pelo exame endoscópico, houve a confirmação através do exame anatomopatológico em 47 (31,1%). Os demais 104 casos (68,9%) não possuíam EB pelo exame anatomopatológico. Correlacionando os 47 casos confirmados com o tipo de esofagite encontrada, temos que 32 (68,1%) dos pacientes apresentavam esofagite crônica discreta, enquanto que 15 (38,9%) esofagite crônica moderada. Em relação à extensão do EB, dos 108 pacientes avaliados, 100 eram curtos (menor que 3 cm) e 8 longos (tamanho maior ou igual a 3 cm).

Os demais 104 pacientes foram diagnosticados com metaplasia colunar juncional, sendo que 46,4% foram relacionados à esofagite crônica discreta, 21,9% à esofagite crônica moderada e 0,7% à esofagite crônica intensa. Sobre a presença de hérnia de hiato, foi encontrada em 68 pacientes (45%), enquanto que 83 (55%) não foram detectadas.

A média etária dos pacientes encontrada foi de 51,7 anos. Houve uma pequena prevalência do sexo masculino (53,6%). A classificação endoscópica de esofagite (Los Angeles) foi realizada em 44 pacientes, sendo que 30 (68,%) eram grau A, 11 (25%) grau B, 1 (2,3%) grau C e 2 (4,5%) grau D.

Pode-se afirmar que 100% dos casos com esôfago de Barrett pelo exame anatomopatológico tinham sido classificados como tendo suspeita da doença pelo exame endoscópico.

A Tabela 1 mostra a associação entre hérnia de hiato e esôfago de Barrett (EB). Dos 68 pacientes com hérnia, 39,7% eram portadores de EB. Já dos 83 pacien-

tes sem hérnia, 24,1% possuíam EB. Os números mostram uma tendência, porém não houve significância estatística ($p=0,052$). A Tabela 2 revela a associação entre hérnia de hiato e presença de esofagite. Dos 68 pacientes com hérnia, 42,65% também apresentam esofagite, enquanto que dos 83 sem hérnia, 81,93% não apresentavam esofagite. Os dados mostram que pacientes com hérnia de hiato possuem maior probabilidade de desenvolver esofagite ($p=0,001$).

TABELA 1. RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE HÉRNIA DE HIATO E ESÔFAGO DE BARRETT.

Variável	Hérnia de Hiato		Valor de p*
	Não	Sim	
Esôfago de Barrett			0,052
Ausente	63 (75,9%)	41 (60,3%)	
Presente	20 (24,1%)	27 (39,7%)	
Total	83	68	

*TESTE EXATO DE FISHER

TABELA 2. RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE HÉRNIA DE HIATO E ESOFAGITE.

Variável	Hérnia de Hiato		Valor de p*
	Não	Sim	
Esofagite			0,001
Não	68 (81,93%)	39 (57,35%)	
Sim	15 (18,07%)	29 (42,65%)	
Total	83	68	

*TESTE EXATO DE FISHER

DISCUSSÃO

O pico de incidência para o esôfago de Barrett (EB) ocorre entre 60 e 70 anos e há uma pequena prevalência do sexo masculino⁶. A média de idade encontrada, neste estudo, foi de 51 anos e uma leve prevalência do sexo masculino 53,6%.

Sabe-se que, mesmo em serviços de referência, a confirmação dos achados endoscópicos em relação ao

anatomopatológico pode variar entre 34.7% e 67.9%^{16,17}. O número obtido de 31,1 % de pacientes com confirmação anatomopatológica do EB frente a suspeita endoscópica confirma que o exame apresenta um índice de erro considerável. Estudos mostram que essa concordância, no EB de curta extensão, é de 25%. Já no de comprimento longo chega a 55%¹⁸. Se separar o EB curto, o número de casos confirmados é de 30%, enquanto para o longo 75% (vale ressaltar que foram encontrados apenas 8 pacientes com EB longo, portanto, número amostral pequeno).

Já é consenso que a hérnia de hiato predispõe ao desenvolvimento da doença do refluxo esofágico e, conseqüentemente, leva a esofagite. Podendo chegar até o EB em um número reduzido de casos^{12,18}. Essa relação se confirmou em nosso estudo, sendo que dos 68 pacientes com hérnia de hiato, 42,65% também apresentaram esofagite, enquanto que dos 83 sem hérnia hiatal, 81,93% não apresentaram esofagite. Concluindo, portanto, que a hérnia contribui significativamente para o surgimento da esofagite.

O índice de portadores de EB com hérnia de hiato pode chegar a 76%⁷. Além da hérnia hiatal, o relaxamento do esfíncter inferior do esôfago e os distúrbios de motilidade do esôfago podem estar relacionados ao desenvolvimento de DRGE e posteriormente EB^{3,12}. Os resultados mostraram que dos 68 pacientes com hérnia de hiato, 39,7% apresentaram EB. Já dos 83 pacientes sem hérnia hiatal, 24,1% apresentaram EB. Portanto, os achados confirmam fatores já estabelecidos na fisiopatologia da doença do refluxo gastroesofágico.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que a concordância diagnóstica entre a endoscopia e a histologia ainda deixa a desejar em relação ao diagnóstico do EB. Vale ainda ressaltar, a confirmação de relações já estabelecidas pela literatura, envolvendo hérnia hiatal, esofagite e o EB.

Ivano FH, Gonçalves OHB, Sakamoto DG, Ivano VK, Gonçalves AJBA, Martins AGM. Barrett's Esophagus: diagnostic agreement between high digestive endoscopy findings and histology. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2020;78(2):75-78.

ABSTRACT - Background: Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) has a high prevalence in the world population. One of its complications is Barrett's esophagus (EB), a premalignant histological alteration of the esophageal epithelium. Its diagnosis is given through endoscopic examination and subsequent histopathological confirmation. Objective: Estimate at diagnostic agreement, we have suspense cases of EB, between endoscopic examination and histological analysis. Method: A total of 151 patients were retrospectively with suspected diagnosis of EB at endoscopy. Data were obtained from electronic medical records between July 2013 and July 2014. Anatomopathological reports were obtained from Byori laboratory records. Results: Among the 151 patients who underwent biopsy with endoscopic suspicion of EB, 47 (31.1%) obtained diagnostic confirmation through pathological examination. Conclusion: Upper digestive endoscopy is a good exam to detect columnar metaplasia, however, in Barrett's esophagus cases, this efficacy has not been reproduced.

KEYWORDS - Barrett Esophagus, Metaplasia, Endoscopy, Histology, Duodenogastric Reflux.

REFERÊNCIAS

1. Bisschops R, Demedts I, Bisschops R. Reflux and Barrett ' s disease. 2009;42-5.
2. Sarbia M, Donner A, Franke C, Gabbert HE. Distinction Between Intestinal Metaplasia in the Cardia and in Barrett ' s Esophagus : The Role of Histology and Immunohistochemistry. :371-7.
3. Shaheen NJ, Richter JE. Barrett ' s oesophagus. Lancet [Internet]. 2009;373(9666):850-61. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60487-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60487-6).
4. Bhat S, Coleman HG, Yousef F, Johnston BT, Mcmanus DT, Gavin AT, et al. Risk of Malignant Progression in Barrett ' s Esophagus Patients : Results from a Large Population-Based Study. 2011;1-9.
5. Sorensen HT, Sci M, Funch-jensen P, Sci M. new england journal. 2011;1375-83.
6. Wang KK, Sampliner RE. Updated Guidelines 2008 for the Diagnosis , Surveillance and Therapy of Barrett ' s Esophagus. 2008.
7. Zagari RM, Fuccio L, Wallander M, Johansson S, Fiocca R, Casanova S, et al. Gastro-oesophageal reflux symptoms , oesophagitis and Barrett ' s oesophagus in the general population : the Loiano - Monghidoro study.
8. Jackson C, Griffin /ER. Surveillance in Barrett ' s Esophagus : An Audit of Practice. 2010;1615-21.
9. Manuscript A. NIH Public Access. 2012;43(1):21-5.
10. Fass R, Hell RW, Garewal HS, Martinez P, Pulliam G, Wendel C, et al. Correlation of oesophageal acid exposure with Barrett ' s oesophagus length. 2001;310-3.
11. Souza RF, Krishnan K, Spechler SJ. Acid , Bile , and CDX : the ABCs of making Barrett ' s metaplasia. 2008;75216(16):211-8.
12. Roman S, Kahrilas PJ. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Mechanisms of Barrett ' s oesophagus (clinical): LOS dysfunction , hiatal hernia , peristaltic defects. Best Pract Res Clin Gastroenterol [Internet]. 2015;29(1):17-28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2014.11.002>.
13. Kurt J. Barrett ' s Esophagus : Diagnosis by Endomicroscopy. 2006;2006.
14. Fitzgerald RC, Pietro M, Ragunath K, Ang Y, Kang J, Watson P, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett ' s oesophagus. 2014;7-42.
15. Pedersen L, Drewes AM. Alimentary Pharmacology and Therapeutics Proton pump inhibitor use may not prevent high-grade dysplasia and oesophageal adenocarcinoma in Barrett ' s oesophagus : a nationwide study of 9883 patients. 2014;(February).
16. Jonge PJF De, Blankenstein M Van, Grady WM, Kuipers EJ. Barrett ' s oesophagus : epidemiology , cancer risk and implications for management. 2014;191-202.
17. Abrams K, Ph D, Sampliner R, Ph D, Talley NJ, Ph D, et al. Detection of Intestinal Metaplasia in Barrett ' s Esophagus : An Observational Comparator Study Suggests the Need for a Minimum of Eight Biopsies. 2007;1154-61.
18. Eloubeidi MA, Provenzale D. Does This Patient Have Barrett ' s Esophagus ? The Utility of Predicting Barrett ' s Esophagus at the Index Endoscopy. 1999;94(4).