

ESÔFAGO DE BARRETT: ASPECTOS ETIOPATOGÊNICOS, CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

BARRETT'S ESOPHAGUS: ETIOPATHOGENIC, CLINICAL, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS

João Victor Carvalho Sousa¹
Liz Ferreira Teixeira²
Letícia de Paula Santos³
Adilson Henrique Martins Fernandes⁴
Raíssa Teixeira Pinto⁵

RESUMO: A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição altamente prevalente, caracterizada pelo retorno do conteúdo ácido do estômago para o esôfago devido ao mau funcionamento do esfíncter esofágico inferior. Isso resulta em sintomas frequentes como queimação retroesternal, regurgitação ácida, dor no peito e dificuldade para engolir. Uma complicação grave associada à DRGE é o esôfago de Barrett (EB), onde ocorre a metaplasia intestinal do tecido esofágico, aumentando substancialmente o risco de desenvolvimento de câncer esofágico. Fatores de risco como obesidade, tabagismo, consumo de álcool e dietas ricas em alimentos gordurosos e condimentados são frequentemente associados ao desenvolvimento dessas condições. O diagnóstico preciso geralmente envolve endoscopia com biópsia, permitindo a identificação de alterações histológicas como a metaplasia intestinal. O tratamento abrange uma abordagem multifacetada, incluindo terapia medicamentosa com inibidores da bomba de prótons e ajustes no estilo de vida, como perda de peso, dieta controlada e mudanças nos hábitos alimentares. Em casos mais severos, procedimentos endoscópicos ou cirurgia podem ser necessários para controlar os sintomas e prevenir complicações futuras, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o risco de progressão para câncer.

1150

Palavras-chave: Esôfago de Barrett. Doença do Refluxo Gastroesofágico. Metaplasia Intestinal.

ABSTRACT: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a highly prevalent condition characterized by the return of stomach acid content to the esophagus due to malfunction of the lower esophageal sphincter. This results in frequent symptoms such as retrosternal burning, acid regurgitation, chest pain, and swallowing difficulties. A serious complication associated with GERD is Barrett's esophagus (BE), where intestinal metaplasia of the esophageal tissue occurs, significantly increasing the risk of esophageal cancer development. Risk factors such as obesity, smoking, alcohol consumption, and diets high in fatty and spicy foods are often linked to the development of these conditions. Accurate diagnosis typically involves endoscopy with biopsy, allowing for the identification of histological changes such as intestinal metaplasia. Treatment encompasses a multifaceted approach, including medication therapy with proton pump inhibitors and lifestyle adjustments such as weight loss, controlled diet, and changes in eating habits. In more severe cases, endoscopic procedures or surgery may be required to control symptoms and prevent future complications, underscoring the importance of a multidisciplinary approach to improve patients' quality of life and reduce the risk of cancer progression.

Keywords: Barrett's esophagus. Gastroesophageal Reflux Disease. Intestinal Metaplasia.

¹Acadêmico de Medicina, Universidade de Uberaba – UNIUBE.

²Acadêmica de Medicina, Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, JF.

³Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Caratinga, UNEC.

⁴Acadêmico de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios.

⁵Médica, Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição médica caracterizada pelo retorno do conteúdo ácido do estômago para o esôfago⁸. Essa patologia acontece quando o esfíncter esofágico inferior, músculo que separa o esôfago do estômago, não funciona de forma correta, permitindo que os ácidos gástricos se movam para cima, irritando a mucosa esofágica. A DRGE é uma condição bastante frequente e pode provocar sintomas como queimação, regurgitação ácida, dor no peito e dificuldade para engolir. A sua persistência pode levar a complicações, sendo o esôfago de Barrett (EB) uma das mais relevantes.^{6,8}

O EB caracteriza-se pela alteração anormal das células que revestem o esôfago, substituindo o tecido escamoso normal por tecido que se assemelha mais ao revestimento do estômago ou do intestino delgado. Esse processo é conhecido como metaplasia intestinal. Esta patologia surge como resposta adaptativa ao dano crônico provocado pelo refluxo ácido e é considerada uma lesão pré-cancerosa, aumentando o risco de desenvolvimento de câncer de esôfago.⁶

A epidemiologia dessa complicação, bem como da DRGE, varia de acordo com a região do mundo, porém estima-se que 10% a 20% da população ocidental apresentem DRGE⁸, sendo uma condição bastante comum. Já o EB é menos frequente, afetando uma proporção menor de pacientes com DRGE. A incidência de câncer de esôfago associado ao EB é relativamente baixa, contudo, o risco de desenvolver o mesmo é significativamente maior em comparação com indivíduos sem essa condição.^{6,8}

Vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do DRGE e consequentemente do EB. A obesidade é um fator crucial, pois o excesso de peso pode aumentar a pressão intra-abdominal, facilitando o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. Ademais, o tabagismo e o consumo de álcool também são importantes fatores de risco. Outros aspectos incluem dietas ricas em alimentos gordurosos e condimentados, refeições grandes antes de dormir e o uso de medicamentos que relaxam o esfíncter esofágico inferior.⁸

O diagnóstico dessa complicação baseia-se na identificação endoscópica e histológica de tecido metaplásico no esôfago. Os critérios para diagnóstico incluem a presença confirmada por biópsia de tecido metaplásico do tipo intestinal em pacientes com DRGE

crônico. A confirmação endoscópica envolve a observação de uma área avermelhada ou rosada no esôfago distal, frequentemente associada a alterações como aumento da vascularização e ocasionalmente formação de estruturas glandulares.⁶

METODOLOGIA

Trata-se de uma síntese integrativa com abordagem qualitativa, que busca estabelecer conexões entre as referências bibliográficas provenientes de fontes teóricas de renomados autores que discutem o tema em questão. A coleta de dados foi realizada por meio de revisão bibliográfica para análise secundária nos bancos de dados online PUBMED, SCIELO e LILACS, utilizando os descritores “Esôfago de Barrett”, “Doença do Refluxo Gastroesofágico” e “Metaplasia Intestinal”. Essas publicações foram selecionadas de acordo com sua relevância e importância para o estudo.

Os critérios de exclusão incluíram artigos que apresentavam apenas o resumo disponível e aqueles que não se alinhavam aos objetivos propostos. Após a seleção da bibliografia, suas principais características foram agrupadas, com foco nas variáveis relacionadas ao Esôfago de Barrett.

DISCUSSÃO EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do EB varia consideravelmente na literatura, principalmente devido à diversidade dos critérios diagnósticos utilizados e à heterogeneidade dos grupos estudados. Aproximadamente 15 a 30% das pessoas sofrem de DRGE de forma regular, dos quais entre 5-10% podem eventualmente desenvolver EB. Até 3% da população ocidental pode vir a apresentar EB.⁴

Em estudos que investigaram sintomas digestivos altos em pacientes, EB foi identificado em cerca de 20% dos casos. O risco de progressão para câncer entre pacientes com EB é substancialmente elevado, variando de 0,2 a 2,9% ao ano, o que representa aproximadamente 30 a 125 vezes o risco da população em geral.⁷ Contudo, muitos estudos têm amostras pequenas e não representativas, enquanto estudos populacionais frequentemente sofrem limitações devido a critérios diagnósticos inadequados para EB.³

FISIOPATOLOGIA

O EB está associado a um quadro prolongado de DRGE. Mais de 90% dos casos apresentam alterações manométricas no esfíncter esofágico inferior e a pHmetria de 24 horas revela refluxo ácido patológico em praticamente todos os pacientes. A motilidade ineficaz do esôfago é comum em indivíduos com EB.^{1,4,9}

Embora a patogênese do EB seja controversa, parece começar com a "colunarização" da mucosa seguida pela "intestinalização", onde a mucosa colunar metaplásica gradualmente se estende. A área entre o ligamento freno-esofágico e a junção esôfago-gástrica (cárdia) é normalmente revestida por epitélio escamoso, mas que pode transitar para um epitélio juncional em resposta ao refluxo gastroesofágico patológico.^{2,5}

A progressão do EB envolve a transformação do epitélio escamoso em epitélio colunar simples, podendo posteriormente desenvolver características intestinais, como células caliciformes. Isso ocorre principalmente na transição escamo-colunar do esôfago, onde o ambiente menos ácido favorece essa transformação. A "intestinalização" é considerada um estágio pré-maligno que pode evoluir para displasia e adenocarcinoma. A extensão do EB está diretamente relacionada à intensidade do refluxo ácido e inversamente relacionada à função do esfíncter esofágico inferior.^{3,4}

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O EB geralmente não apresenta sintomas específicos próprios, mas sim manifestações clínicas que derivam principalmente do refluxo ácido ou da inflamação esofágica subjacente, ou seja, da própria DRGE.

Entre os desconfortos mais frequentemente relatados pelos pacientes com EB estão a azia, que é uma sensação de queimação que se estende do peito até a garganta, muitas vezes acompanhada de regurgitação, onde o conteúdo ácido do estômago retorna ao esôfago. Além disso, pode haver uma sensação de incômodo no tórax, relatada como dor na "boca do estômago" (região epigástrica), ou dor e irritação na garganta.

Outros sintomas incluem a sensação de entalo, uma sensação de obstrução ao engolir (disfagia), tosse crônica que pode ser causada por irritação crônica da garganta, rouquidão

persistente, e dificuldade para engolir alimentos sólidos ou líquidos. O pigarro também pode estar presente, o que pode ser uma resposta à irritação constante na garganta.

É importante notar que a intensidade e a frequência desses sintomas podem variar amplamente entre os indivíduos com EB.

DIAGNÓSTICO

A importância do diagnóstico preciso e oportuno do EB tem sido amplamente enfatizada na literatura científica, uma vez que a condição frequentemente é assintomática e pode passar despercebida por períodos prolongados. A utilização da endoscopia com biópsia é amplamente reconhecida como o padrão de excelência para o diagnóstico, permitindo a identificação precisa de alterações histológicas como a metaplasia intestinal.⁶

Ademais, avanços significativos têm sido feitos com técnicas como a cromoscopia de alta resolução e o uso de índices de avaliação endoscópica, que contribuem para uma melhor acurácia diagnóstica. Essas abordagens não apenas melhoram a detecção precoce da condição, mas também proporcionam uma base sólida para a implementação de estratégias terapêuticas eficazes.⁶

A vigilância endoscópica periódica desempenha um papel crucial na gestão do EB ao permitir a detecção precoce de displasia, um fator crítico para intervenções terapêuticas oportunas e direcionadas. Através dessa prática, é possível monitorar de perto a evolução da condição e ajustar o plano de tratamento conforme necessário, maximizando assim os resultados clínicos para os pacientes.^{6,8}

TRATAMENTO

O tratamento do EB abrange diversas opções terapêuticas, selecionadas com base na gravidade da condição e nos fatores de risco individuais do paciente. A terapia medicamentosa é uma linha principal de tratamento, frequentemente iniciada com inibidores da bomba de prótons como omeprazol e esomeprazol, eficazes na redução do refluxo ácido e na prevenção de danos adicionais ao esôfago. Em casos menos severos ou como terapia complementar, antagonistas dos receptores H₂, como ranitidina, podem ser considerados, embora sejam menos potentes na redução da acidez gástrica.⁸

Além dos medicamentos, ajustes no estilo de vida desempenham um papel fundamental no manejo do EB. Modificações na dieta, tais quais evitar alimentos desencadeadores como alimentos picantes, gordurosos, cítricos e cafeína, são recomendadas para reduzir os sintomas. Refeições menores e mais frequentes, perda de peso para diminuir a pressão intra-abdominal, e elevação da cabeceira da cama durante o sono são práticas que podem ajudar a prevenir o refluxo ácido noturno. Parar de fumar e reduzir o consumo de álcool também são importantes, pois esses hábitos podem relaxar o esfíncter esofágico inferior, exacerbando o refluxo.⁶

Para casos mais graves, procedimentos como ressecção endoscópica da mucosa ou ablação por radiofrequência são opções. Estes métodos são utilizados para tratar lesões suspeitas ou displasia, visando remover tecido anormal no esôfago de forma minimamente invasiva.⁶ Em situações em que outras intervenções não são eficazes, a cirurgia, como a funduplicatura de Nissen, pode ser necessária para corrigir o refluxo gastroesofágico, reduzindo a exposição ao ácido gástrico.⁸

A escolha do tratamento é individualizada, levando em consideração a extensão das lesões, a presença de displasia e as preferências do paciente. Uma abordagem multidisciplinar é fundamental, envolvendo gastroenterologistas, cirurgiões e outros especialistas para determinar a estratégia terapêutica mais adequada para cada caso, visando melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações associadas ao EB.

CONCLUSÃO

A relação entre DRGE e EB apresenta desafios clínicos significativos, dada a progressão potencialmente grave da metaplasia intestinal para displasia e câncer esofágico. A detecção precoce por meio de endoscopia com biópsia é fundamental para o diagnóstico preciso do EB, permitindo intervenções oportunas que podem mitigar esses riscos. Além das estratégias terapêuticas atuais, como modificação do estilo de vida, terapia medicamentosa e procedimentos endoscópicos, o avanço contínuo na compreensão da fisiopatologia e no desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas promete melhorar ainda mais os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes afetados.

Em última análise, uma abordagem multidisciplinar integrada, envolvendo gastroenterologistas, cirurgiões e outros especialistas, é crucial para individualizar o

tratamento e otimizar os cuidados aos pacientes com EB. Este enfoque não só visa controlar os sintomas da DRGE, mas também prevenir complicações graves, reforçando a importância da educação contínua dos pacientes e profissionais de saúde sobre a vigilância e manejo adequado dessa condição. Com isso, espera-se reduzir a incidência de câncer esofágico relacionado ao EB e melhorar significativamente o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

REFERÊNCIAS

1. CHANDRASOMA, P. Pathophysiology of Barrett's esophagus. *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, v. 9, n. 3, p. 270-278, 1997.
2. CHANDRASOMA, P. T.; DER, R.; MA, Y.; DALTON, P.; TAIRA, M. Histology of the gastroesophageal junction: an autopsy study. *Am J Surg Pathol*, v. 24, n. 3, p. 402-409, 2000.
3. DEMEESTER, S. R.; DEMEESTER, T. R. Columnar mucosa and intestinal metaplasia of the esophagus: fifty years of controversy. *Ann Surg*, v. 231, n. 3, p. 303-321, 2000.
4. OBERG, S.; DEMEESTER, T. R.; PETERS, J. H.; HAGEN, J. A.; NIGRO, J. J.; DEMEESTER, S. R.; THEISEN, J.; CAMPOS, G. M.; CROOKES, P. F. The extent of Barrett's esophagus depends on the status of the lower esophageal sphincter and the degree of esophageal acid exposure. *J Thorac Cardiovasc Surg*, v. 117, n. 3, p. 572-580, 1999.
5. OBERG, S.; PETERS, J. H.; DEMEESTER, T. R.; CHANDRASOMA, P.; HAGEN, J. A.; IRELAND, A. P.; RITTER, M. P.; MASON, R. J.; CROOKES, P.; BREMNER, C. G. Inflammation and specialized intestinal metaplasia of cardiac mucosa is a manifestation of gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg*, v. 226, n. 4, p. 522-530, 1997.
6. SHAHEEN, N. J.; FALK, G. W.; IYER, P. G.; GERSON, L. B.; AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol*, v. 111, n. 1, p. 30-50, jan. 2016. doi: 10.1038/ajg.2015.322.
7. SPECHLER, S. J. The natural history of dysplasia and cancer in esophagitis and Barrett esophagus. *J Clin Gastroenterol*, v. 36, n. 5 Suppl, p. S2-S5, 2003.
8. VAKIL, N.; VAN ZANTEN, S. V.; KAHRILAS, P.; DENT, J.; JONES, R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*, v. 101, n. 8, p. 1900-1920, ago. 2006. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x.

9. VOLKWEIS, B. S.; GURSKI, R. R. Esôfago de Barrett: aspectos fisiopatológicos e moleculares da sequência metaplasia-displasia-adenocarcinoma - artigo de revisão. Rev Col Bras Cir, v. 35, n. 2, p. 114-123, mar. 2008. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912008000200009>.