



## PREVALÊNCIA DO EPITÉLIO DE BARRETT EM PACIENTES COM REFLUXO GASTROESOFÁGICO SUBMETIDOS À ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NO GASTROCENTRO DA UNICAMP – RESULTADOS PRELIMINARES

Isabella Augusti<sup>1</sup>

Luiz Roberto Lopes<sup>2</sup>

**Resumo:** O esôfago de Barrett atinge cerca de 3 milhões de pessoas no Brasil. Essa doença caracteriza-se por uma metaplasia intestinal pela substituição do epitélio escamoso endoscopicamente visível por mucosa glandular com presença de células caliciformes no esôfago distal. Essa condição é importante, pois pode ser considerada fator de risco para o desenvolvimento de adenocarcinoma de esôfago, sendo essencial o acompanhamento desses pacientes para que se possa traçar melhores abordagens clínicas e cirúrgicas. Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo traçar a prevalência do epitélio de Barrett em pacientes com a doença do refluxo gastroesofágico que foram submetidos à endoscopia digestiva alta no gastrocentro da UNICAMP dentro do período de 01/01/2018 à 31/12/2019.

**Palavras-chave:** Esôfago de Barrett. Refluxo Gastroesofágico. Endoscopia Gastrointestinal.

### INTRODUÇÃO

O refluxo gastroesofágico (RGE) é o retorno involuntário e repetitivo do conteúdo gástrico para o esôfago, que é um órgão musculomembranoso responsável por transportar o alimento da faringe ao estômago. Com uma frequência contínua e aumentada dos episódios de refluxo, pode ocorrer uma irritação dos tecidos que revestem o esôfago, resultando em azia, dor

torácica, erosões dentárias, tosse seca, náuseas após as refeições, entre outros, o que caracteriza a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Segundo Henry (2014), a incidência no Brasil da doença do refluxo gastroesofágico é de 12%, correspondendo a 20 milhões de pessoas. As causas para o refluxo gastroesofágico são diversas, sendo o relaxamento

transitório do esfíncter esofágico inferior a mais comum. Alguns fatores como uso de álcool e tabaco, obesidade, depressivos do sistema nervoso central, gravidez, hérnia de hiato, atraso no esvaziamento gástrico e volume gástrico aumentado podem contribuir para a DRGE.

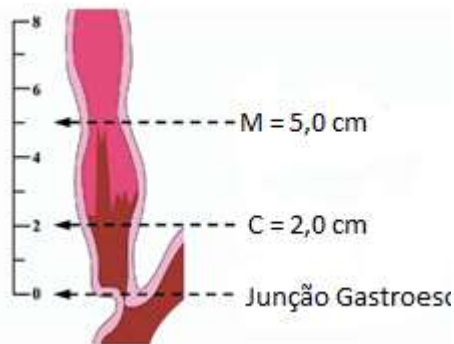
A longo prazo, a condição epitelial do esôfago de pacientes com DRGE pode sofrer alterações que são visualizadas na endoscopia, uma vez que o epitélio pavimentoso estratificado do esôfago é resistente à abrasão dos alimentos, mas é sensível ao ácido. Dessa forma, dentre as alterações possíveis, como resposta à agressão do ácido, está o processo natural de reparação do tecido do esôfago, levando a uma substituição incomum do epitélio escamoso por epitélio colunar glandular com o surgimento de células caliciformes na mucosa, típicas do intestino delgado e da traqueia. Essa substituição incomum caracteriza uma metaplasia chamada de Epitélio de Barrett ou Esôfago de Barrett, nome dado em homenagem ao cirurgião britânico Norman Barrett, responsável pela primeira descrição dessa condição em 1950 (VOLKWEIS, 2008). De acordo com Henry (2014), dentre os pacientes com DRGE, cerca de 10 a 15% apresentam esôfago de Barrett, chegando em aproximadamente 3 milhões de pessoas no Brasil. A prevalência dessa doença aumenta

com a idade e, segundo a literatura, é mais encontrada no sexo masculino e na raça branca. As manifestações clínicas do esôfago de Barrett, de acordo com Filho (1993), são as mesmas da DRGE. Conforme a epitelização colunar avança, a pirose, comumente chamada de azia, tende a diminuir ou até mesmo desaparecer, já que a apresentação clínica do EB é assintomática ou apenas semelhante aos sintomas do refluxo. Além disso, o paciente pode queixar-se de dor torácica elevada, sendo característica de estenose esofágica.

Para diagnóstico definitivo de epitélio de Barrett é necessário a endoscopia digestiva alta em que é possível visualizar essa alteração, somada à biópsia para comprovação histopatológica. De acordo com esses achados endoscópicos e histológicos é possível classificar a metaplasia intestinal, de acordo com a extensão do epitélio colunar, em Barrett curto (extensão inferior a 3cm), Barrett longo (extensão superior a 3 cm) ou metaplasia intestinal da cárdia. A metaplasia intestinal da cárdia é um diagnóstico importante pois é semelhante histologicamente à metaplasia intestinal do Epitélio de Barrett, mas pode significar um estágio mais inicial da doença, já que apresenta ausência do epitélio colunar endoscópico (RODRIGUES, 2004). O obstáculo para o diagnóstico é a dificuldade

de saber o local exato da biópsia, que deve ser obtida da extensão proximal das pregas da mucosa gástrica, junção escamocolunar e mucosa interposta. Atualmente, sabe-se que a maneira mais utilizada para descrever o epitélio de Barrett é a classificação de Praga, que leva em consideração a medida circunferencial (C) e a extensão máxima (M) do epitélio colunar, conforme representado na Figura 1 (SHARMA, 2006).

**Figura 1 – Representação esquemática de Endoscopia Digestiva Alta mostrando o Esôfago de Barrett (C2M5). C: extensão da metaplasia circunferencial; M: extensão máxima da metaplasia.**



Fonte: Sharma (2006), adaptado pela autora (2020).

Além desses pontos já levantados, sabe-se que o esôfago de Barrett apresenta um epitélio geneticamente instável com riscos para displasia e a chance para que evolua para um adenocarcinoma de esôfago (ACE) é de 0,2 a 2,9% ao ano, correspondendo

cerca de 30 a 125 vezes mais do que na população normal. Assim, é essencial que paciente com esôfago de Barrett mantenham acompanhamento médico para identificar a presença ou não da displasia, que precede o aparecimento da neoplasia em nível macroscópico. Para graduar a displasia é necessário analisar alterações citológicas e estruturais, verificando ao microscópio, após a biópsia, a maturação epitelial, a arquitetura da mucosa, as características citológicas e a ocorrência de inflamação, erosões ou úlceras. Com isso, é possível diferenciar as displasias em alto ou baixo grau. Em síntese, para que o esôfago de Barrett seja negativo para displasia, os atributos histológicos devem incluir: a arquitetura da mucosa preservada com glândulas redondas sem ramificações, dispostas em abundante tecido conjuntivo frouxo, maturação epitelial preservada, ou seja, apresentando núcleos imaturos nas regiões mais profundas e núcleos menores em uma monocamada na região mais superficial e, ainda, a polaridade dos núcleos mantida.

Por conta da alta incidência mundial dessa doença e do risco para evolução de adenocarcinoma de esôfago, é de grande importância analisar a prevalência de casos com epitélio de Barrett atendidos no gastrocentro da UNICAMP, a fim de que se possa traçar melhores abordagens clínicas e

cirúrgicas a respeito desses pacientes. Por conta disso, este estudo tem o objetivo de analisar a prevalência do epitélio de Barrett nos pacientes com DRGE submetidos à Endoscopia Digestiva Alta, através de uma análise retrospectiva e transversal no período de 24 meses (janeiro de 2018 a dezembro de 2019). Os objetivos específicos desse projeto incluem analisar a frequência dos sexos com essa condição, a faixa etária predominante nesses pacientes, a proporção do epitélio de Barrett nas diferentes etnias e a proporção de Barrett longo e Barrett curto entre esses pacientes, além de comparar os dados obtidos com os dados da literatura brasileira e mundial e comparar os dados obtidos com um estudo anterior desenvolvido entre 1992 e 1995 na UNICAMP, cujo nome era “Incidência e epidemiologia do epitélio de Barrett no Gastrocentro – UNICAMP” (ANDREOLLO, 1997).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma primeira análise do período de 01/01/2018 à 31/12/2018, nota-se que a prevalência do esôfago de Barrett em pacientes com DRGE foi de 10,06%, equivalente a 80 pacientes do total de 795 analisados desse período. Além disso, 60% dos casos analisados são em pacientes do sexo masculino, equivalente a 48 pacientes do total de 80 analisados. Por fim, a faixa etária predominante nesses pacientes é de

61 a 70 anos, concentrando 38,75% dos casos analisados, conforme consta na Tabela 1.

**Tabela 1 – Quantidade de pacientes com epitélio de Barrett de acordo com a faixa etária**

<i>Faixa etária</i>	<i>Quantidade de Pacientes</i>
0 – 10	1
11 – 20	0
21 – 30	1
31 – 40	4
41 – 50	12
51 – 60	15
61 – 70	31
71 – 80	11
81 – 90	5
91 – 100	0

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados colhidos no Hospital de Clínicas da UNICAMP.

## CONCLUSÕES

Todos esses dados já obtidos sugerem uma semelhança à literatura brasileira e mundial.

## REFERÊNCIAS

- ANDREOLLO, N. A. et al. Incidência e epidemiologia do epitélio de Barrett, no Gastrocentro/Unicamp. **Arq. Gastroenterol.**, v.34, p. 22 – 26, 1997.
- FILHO, J. P. P. M.. Doença do Refluxo Gastroesofágico. In: DANI, R.; CASTRO, L.P. **Gastroenterologia Clínica**. Editora

Guanabara Koogan S.A., 1993. v. 1, n. 3, p.372-384.

HENRY, M. A. C. A.. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, v. 27, n. 3, p. 210-215, 2014 .

RODRIGUES, M. A. M.. Esôfago de Barrett e displasia: critérios diagnósticos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 40, n. 3, p. 185-191, 2004 .

SHARMA P et al. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C & M criteria. **Gastroenterology**. 2006 Nov;131(5):1392-9. Epub 2006 Aug 16. PMID: 17101315.

VOLKWEIS, B. S.; GURSKI, R. R.; Esôfago de Barrett: aspectos fisiopatológicos e moleculares da seqüência metaplasia-displasia-adenocarcinoma - artigo de revisão. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 35, n. 2, p. 114-123, 2008 . 1 ed.

<sup>1</sup>Aluna da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

<sup>2</sup>Professor Associado da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas.