

2. Ielpo B, Prieto M, Ortega I, Balibrea JM, Rubio-Pérez I, Juvany M, et al. Encuesta nacional sobre el tratamiento de la colelitiasis en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19. *Cir Esp.* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.001>.
3. Vanni G, Legramante JM, Pellicciaro M, Carolis DEG, Cotesta M, Materazzo M, et al. Effect of Lockdown in Surgical Emergency Accesses: Experience of a COVID-19 Hospital. *In Vivo.* 2020;34:3033-8. <http://dx.doi.org/10.21873/invivo.12137>.
4. Chia CLK, Oh HB, Kabir T, Tan YP, Thiruchelvam N, Pang NQ, et al. Impact of COVID-19 Pandemic on Management of Acute Cholecystitis in Singapore. *Ann Acad Med Singap.* 2020;49:817-24.

^cSección de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario Infanta Sofía, Universidad Europea de Madrid, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^dUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^eServicio de Cirugía, Hospital Universitario de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ielpo.b@gmail.com (B. Ielpo).

Benedetto Ielpo^{a,*}, Mikel Prieto^b, Irene Ortega^c, Miguel Ángel Gómez-Bravo^d y José Manuel Ramia^e

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital del Mar, Barcelona, España

^bUnidad Hepatobiliar y Trasplantes, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, Vizcaya, España

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.02.001>

0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Reconversión a *bypass* gástrico en pacientes con esófago de Barrett tras una gastrectomía vertical



Conversion to gastric bypass in patients with Barrett's esophagus after sleeve gastrectomy

Recientemente han publicado en su revista una interesante carta científica de V. Lucas et al.¹ sobre la aparición de esófago de Barrett (EB) en una paciente a los 8 años de haberse realizado una gastrectomía vertical (GV). Dicha paciente, presentó displasia de alto grado sobre una lesión < 1 cm y fue tratada endoscópicamente con éxito. En este punto es donde aparece la controversia: los autores afirman que además se realizó un *bypass* gástrico.

Tal y como se describe en la carta, en los últimos años ha surgido una preocupación importante respecto a la aparición de reflujo gastroesofágico *de novo*, esofagitis y EB, con/sin síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), en pacientes tras una GV²⁻⁴. La descripción de adenocarcinoma (ADC) de esófago en varios casos a los pocos años de una GV incrementó aún más la polémica^{5,6}. Indudablemente, esto genera inquietud entre los cirujanos que tratamos la obesidad y el cáncer esofágico, dado que la GV es la técnica bariátrica más utilizada. La IFSO ya determinó cuál es el seguimiento endoscópico óptimo después de las GV⁷, pero la pregunta, que también dejan abierta en la publicación, es qué hacer ante un EB post-GV.

Respecto a la paciente a la que se le realizó el *bypass* gástrico: ¿qué IMC tenía?, ¿refería pirosis o vómitos frecuentes?, ¿tomaba medicación para ERGE?

Creo que todos estos datos son importantes a la hora de tomar la decisión de reoperar a cualquier paciente con otra cirugía no exenta de riesgos. Esto ya lo expusieron en 2020 M. Guingand et al. en una interesante carta al editor⁸. Dichos autores propusieron la realización de una mucosectomía endoscópica antirreflujo (ARMS) en lugar de un *bypass* gástrico, y presentaron un caso con buenos resultados.

Como cirujano, y quizás en controversia con los gastroenterólogos⁹, pienso que un paciente con un EB se va a beneficiar más de una operación antirreflujo que de un tratamiento crónico con inhibidores de la bomba de protones (IBP), que solo limita el reflujo ácido y no el biliar. Sin embargo, un *bypass* gástrico no tiene la misma morbilidad que una funduplicatura laparoscópica.

¿Qué hacer con una mujer joven asintomática e IMC < 30 kg/m² tras una GV con diagnóstico al cabo de los años de EB corto sin displasia?

En el primer caso, motivo de esta carta, coincido en que el *bypass* gástrico pudo ser la mejor opción debido a la aparición de displasia de alto grado sobre el EB, aunque el tratamiento endoscópico fue efectivo y faltan otros datos importantes que

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.02.003>

ayudarían a tomar la decisión. Sin embargo, en el último caso propuesto me inclinaría más hacia un tratamiento médico del ERGE y seguimiento endoscópico según las guías internacionales^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA

- Lucas V, Luna A, Rebas P, Montmany S, Navarro S. Degeneración del esófago de Barrett tras gastrectomía vertical. *Cir Esp.* 2021;99:70-1.
- Felsenreich DM, Kefurt R, Schermann M, Beckerhinn P, Kristo I, Krebs M, et al. Reflux, sleeve dilatation, and Barrett's esophagus after laparoscopic sleeve gastrectomy: Long-term follow-up. *Obes Surg.* 2017;27:3092-101.
- Soricelli E, Casella G, Baglio G, Maselli R, Ernesti I, Genco A. Lack of correlation between gastroesophageal reflux disease symptoms and esophageal lesions after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2018;14:751-6.
- Sebastianelli L, Benois M, Vanbiervliet G, Bailly L, Robert M, Turrin N. Systematic Endoscopy 5 Years After Sleeve Gastrectomy Results in a High Rate of Barrett's Esophagus: Results of a Multicenter Study. *Obes Surg.* 2019;29:1462-9.
- Wright FG, Duro A, Medici JR, Lenzi S, Beskow AF, Cavadas D. Esophageal adenocarcinoma five years after laparoscopic sleeve gastrectomy. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017;32:47-50.
- Sohn S, Fischer J, Booth M. Adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction after sleeve gastrectomy: A case report. *ANZ J Surg.* 2017;87:E163-4.
- Brown W, Shah YJH, Balalis G, Bashir A, Ramos A, Kow L, et al. IFSO Position Statement on the Role of Esophago-Gastro-Duodenal Endoscopy Prior to and after Bariatric and Metabolic Surgery Procedures. *Obes Surg.* 2020;30:3135-53.
- Guinand M, Vitton V, Barthet M, Gonzalez JM. Comments on Roux-en-Y Gastric Bypass as a Treatment for Barrett's Esophagus After Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2020;30:2415-6.
- Shaheen NJ, Falk GW, Iyer PG, Gerson LB. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:30-50.
- Weusten B, Bisschops R, Coron E, Dinis-Ribeiro M, Dumonceau JM, Esteban JM, et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy.* 2017;49:191-8.

Jorge de Tomás

Unidad de Cirugía Esofagológica y Bariátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.01.020>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Réplica al manuscrito «Reconversión a *bypass* gástrico en pacientes con esófago de Barret tras una gastrectomía vertical»



Response to the manuscript «Conversion to gastric bypass in patients with Barret's esophagus after vertical gastrectomy»

Hemos leído con mucho interés los comentarios del Dr. De Tomás¹ y coincidimos plenamente con sus comentarios. Respecto a las preguntas que nos hace, la paciente tenía un IMC de 27,9 con sintomatología de RGE muy importante, continuada y rebelde al tratamiento con IBP, con una afectación medida con escala visual analógica de 10 sobre 10. En estas condiciones optamos por realizar un *bypass* gástrico laparoscópico con asa alimentaria de 100 cm y bilio-pancreática

de 50 cm. A los 6 meses la paciente está asintomática y con un IMC de 24,8.

Respecto a la segunda cuestión: ¿Qué hacer con una mujer joven asintomática e IMC < 30 kg/m² tras una GV con diagnóstico al cabo de los años de EB corto sin displasia?

Estamos de acuerdo que la decisión en este segundo caso es más compleja y controvertida. Nuestro equipo sería más partidario de la conversión a *bypass*, dado que los IBP no controlan el reflujo álcali. Sin una evidencia científica sólida actual sobre el mejor tratamiento, aceptamos que este caso se presta a la discusión e individualización del tratamiento.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.01.020>