

Mujer de 57 años en estudio por anemia ferropénica. La colonoscopia evidencia tumoración de recto a 7 cm del margen anal, cuya estadificación local por RMN de pelvis (fig. 1A) y ecografía endorrectal es de T2N0. La TC abdominal muestra una tumoración en riñón izquierdo sugestiva de neoplasia primaria (fig. 1B). En coordinación con el servicio de urología se realiza abordaje laparoscópico con 4 puertas situadas para servir a ambos procedimientos (fig. 1C), colocando a la paciente en posición de Lloyd-Davis. Se comienza por la movilización completa del ángulo esplénico, dejando la fosa renal libre para realizar la nefrectomía reglada y extracción en bolsa por incisión de 6 cm en flanco izquierdo. Completamos la resección anterior baja, realizando una anastomosis término-terminal mecánica y una ileostomía de protección (fig. 1D). La paciente evoluciona favorablemente y es alta al 5.º día del postoperatorio. El estudio anatomopatológico informa de mesorrecto íntegro con margen distal a 2,8 cm y margen circunferencial libre, con 18 ganglios aislados, todos libres de infiltración neoplásica y tumor de células claras de riñón TNMpT3.

El abordaje laparoscópico simultáneo es ideal en los tumores ipsilaterales tal como señalan los autores, coincidiendo con la mayoría de los casos publicados^{2,3}. Ocasionalmente, puede ser necesario añadir un trocar extra o cambiar la posición a decúbito lateral para realizar la nefrectomía, aunque en nuestro caso no fue necesario. En el caso de precisar un abordaje contralateral (o bilateral) las ventajas disminuyen al alargar el tiempo quirúrgico y aumentar la morbilidad^{1,4}. Los autores concluyen que el abordaje simultáneo prolonga la estancia hospitalaria, dato que habría que constatar estadísticamente. En nuestro caso la estancia no aumentó por la combinación de ambos procedimientos, por lo que datos como las características de los pacientes, edad y comorbilidades, tipo de tumor y la experiencia de los 2 equipos quirúrgicos en cirugía laparoscópica avanzada, pueden ser determinantes en este aspecto. Resulta llamativa la estancia media de 15 días, aun reconociendo la complejidad de los factores que la condicionan y que la serie es limitada. Sería interesante conocer si mediante un abordaje abierto los resultados serían o no mejores a los obtenidos con la laparoscopia.

No podemos estar de acuerdo con la Dra. Martín en que la técnica este reservada a hospitales de alto nivel y con recursos, dado que solo contamos con un equipo experimentado y los medios al alcance de hospital de segundo nivel del sistema sanitario público. Donde sin duda coincidimos es en recomendar un enfoque individual para cada paciente.

Financiación

El presente estudio no ha contado con apoyos en forma de becas para su realización.

El presente estudio no ha sido presentado previamente a ningún congreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Arnau AB, Ochoa Vargas C, Peña González JA, Targarona Soler EM. Colectomía y nefrectomía simultánea en tumores sincrónicos. *Cir Esp.* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/J.CIRESP.2014.04.006>.
2. Napolitano C, Santero GA, Valdano L, Salyati V, Martorano M. Simultaneous totally laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic left hemicolectomy for synchronous renal and sigmoid colon carcinoma: Report of a case. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21:92-3.
3. Nishiyama N, Yamamoto S, Matsuoka N, Fujimoto H, Moriya Y. Simultaneous laparoscopic descending colectomy and nephroureterectomy for descending colon carcinoma and left ureteral carcinoma: Report of a case. *Surg Today.* 2009;39:728-32.
4. Veenstra GM, Fossion LM, de Laet K, Luijten AA. Synchronous laparoscopic radical nephrectomy left and contralateral right hemicolectomy during the same endoscopic procedure. *ISRN Surg.* 2011;2011:179456.

Emilio Peña Ros^{a*}, Pedro A. Parra Baños^a,
Francisco Miguel González Valverde^a y
Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{ab}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bUniversidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.doctor@gmail.com (E. Peña Ros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.003>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Indicaciones de la cirugía antirreflujo en pacientes con esófago de Barrett



Indications for anti-reflux surgery in Barrett's esophagus

Sr. Director:

En el editorial del número de mayo de *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, Ruiz de Angulo et al. plantean la pregunta de si se deben ampliar las

indicaciones quirúrgicas en el esófago de Barrett, a la vista de una reciente publicación en *JAMA* sobre los efectos secundarios de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) consumidos a largo plazo (en particular en lo que se refiere

a un posible déficit de vitamina B₁₂)^{1,2}. De manera muy equilibrada, y basados en la gran experiencia que el grupo de la Arrixaca tiene en la cirugía del reflujo gastroesofágico (RGE), los autores calman la inquietud generada por la publicación JAMA, y señalan que no tienen noticia de efectos indeseables significativos inducidos por los IBP. En efecto, más allá de las publicaciones tranquilizadoras en este sentido, incluso con altas dosis de los IBP, vista la proporción creciente de tomadores crónicos de los IBP (con indicaciones justificadas o no) y la prevalencia estable del déficit de vitamina B₁₂ en Europa, parece que podemos estar tranquilos³.

Pero hay otros 2 argumentos para no ampliar las indicaciones en el esófago de Barrett: por una parte, varios estudios sólidos y recientes muestran que su riesgo de transformación maligna es mucho más bajo de lo que se creía anteriormente; por otra parte, los resultados a largo plazo de la cirugía antirreflujo no son tan buenos como lo parecen a corto plazo (en particular en lo que se refiere al control del reflujo, a la reversión del esófago de Barrett o, incluso, de la displasia)^{4,5}. Las recomendaciones recientes de las sociedades de endoscopia y de aparato digestivo han reconsiderado a la baja la vigilancia del esófago de Barrett⁶.

De manera que, aunque seamos cirujanos y queramos preservar nuestro oficio, creo que si hoy hay que modificar las indicaciones de cirugía antirreflujo es, desde luego, a la baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz de Angulo D, Ortiz MA, Martínez de Haro LF. Efectos secundarios de los inhibidores de la bomba de protones ¿una

razón más para indicar la cirugía antirreflujo en el esófago de Barrett. *Cir Esp.* 2014;92:303-4.

2. Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA.* 2013;310:2435-42.
3. Martín de Argila C. Safety of potent gastric acid inhibition. *Drugs.* 2005;65 Suppl 1:S97-104.
4. Hvid-Jensen F, Pedersen L, Drewes AM, Sørensen HT, Funch-Jensen P. Incidence of adenocarcinoma among patients with Barrett's esophagus. *N Engl J Med.* 2011;365:1375-83.
5. Desai TK, Krishnan K, Samala N, Singh J, Cluley J, Perla S, et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: A meta-analysis. *Gut.* 2012;61:970-6.
6. Fitzgerald RC, di Pietro M, Ragunath K, Ang Y, Kang JY, Watson P, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of Barrett's oesophagus. *Gut.* 2014;63:7-42.

Pablo Ortega Deballon

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologique, CHU Bocage Central-Université de Bourgogne, Equipe INSERM 866, Thérapies loco-régionales en cancérologie, Dijon, France

Correo electrónico: pablo.ortega-deballon@chu-dijon.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.001>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.