



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Carta al Director

Acerca de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un paciente con un IMC 30 kg/m² y gastroplastia vertical endoscópica previa: indicación para un *bypass* gástrico de una anastomosis

Gastroesophageal reflux disease in a patient with a BMI of 30 kg/m² and previous endoscopic sleeve gastroplasty: Indication for a one-anastomosis gastric bypass



Hemos leído con atención el artículo de los Dres. Ruiz-Tovar et al.¹ exponen un interesante caso clínico en el que se describe una nueva indicación para el reflujo gastroesofágico tras un procedimiento restrictivo endoscópico, la conversión a *bypass* gástrico en una anastomosis (BAGUA/OAGB). El caso clínico presenta, pese a los excelentes resultados expuestos, algunos puntos de conflicto que puede ser interesante discutir.

En primer lugar, los beneficios de la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad grado I son tema de discusión frecuente en los foros de cirugía bariátrica, y ya disponemos de evidencia que soporta el beneficio de la cirugía bariátrica^{2,3} por debajo 35 kg/m². En este grupo de pacientes, el tratamiento antirreflujo convencional puede ser igualmente efectivo⁴⁻⁶. En el caso concreto de la paciente que se presenta, con los antecedentes de la técnica endoscópica restrictiva, esta no sería una contraindicación puesto que el fundus suele estar indemne o con mínimos cambios por la plicatura^{7,8}.

El punto de mayor discusión es la elección de un BAGUA/OAGB para un caso como el descrito. Los autores tienen una amplia y larga experiencia con este procedimiento, y sus resultados publicados son excelentes tanto en pérdida ponderal, como en complicaciones a corto y largo plazo. Los argumentos expuestos sobre el efecto beneficioso de esta cirugía y las características morfológicas para prevenir el reflujo son válidos, pero chocan con las recomendaciones generales de reservorio pequeño para la prevención del mismo⁹. Por otro lado, puede ser discutible el hecho de

escoger una técnica malabsortiva para un paciente con obesidad clase I.

Uno de los puntos débiles, *a priori*, del BAGUA/OAGB es el reflujo biliar. Pese a que en las series más largas el porcentaje no supera el 10%, este es el peor enemigo para un paciente con reflujo y esofagitis por el riesgo de degeneración a Barrett mediado por el reflujo biliar¹⁰. Los autores citan varias revisiones y series de casos que reducen de forma significativa esta complicación, pero no podemos olvidar que esta técnica es aún relativamente joven. Hemos de resaltar que incluso el *bypass* gástrico, técnica de referencia para los pacientes con reflujo, tiene un riesgo no desdeñable de recidiva del reflujo.

Pese a que los resultados presentados son excelentes, es importante resaltar que todavía tenemos muchos interrogantes sobre si la opción planteada es la más indicada para el caso expuesto. Este caso puede servir para ampliar la base de conocimiento, pero en el momento actual no disponemos de suficiente evidencia para poder recomendar la estrategia publicada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Tovar J, Carbajo MA, Jimenez JM, Ortiz-de-Solorzano J, Castro MJ. Enfermedad por reflujo gastroesofágico en un paciente con un IMC 30 kg/m² y gastroplastia vertical

- endoscópica previa: indicación para un *bypass* gástrico de una anastomosis. *Cir Esp.* 2019;97:416-8.
2. Committee ASMBS. Bariatric surgery in class I obesity (body mass index 30-35 kg/m²). *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:e1-0.
 3. Busetto L, Dixon J, de Luca M, Shikora S, Pories W, Angrisani L. Bariatric surgery in class I obesity: A position statement from the international federation for the surgery of obesity and metabolic disorders (IFSO). *Obes Surg.* 2014;24:487-519.
 4. Kendrick ML, Houghton SG. Gastroesophageal reflux disease in obese patients: The role of obesity in management. *Dis Esophagus.* 2006;19:57-63.
 5. Anvari M, Bamehriz F. Outcome of laparoscopic Nissen fundoplication in patients with body mass index ≥ 35 . *Surg Endosc.* 2006;20:230-4.
 6. Yates RB, Oelschlager BK. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. *Surg Clin North Am.* 2015;95:527-53.
 7. Lopez-Nava G, Galvão MP, Bautista-Castaño I, Jimenez-Baños A, Fernandez-Corbelle JP. Endoscopic Sleeve Gastroplasty: How I Do It? *Obes Surg.* 2015;25:1534-8.
 8. López-Nava G, Bautista-Castaño I, Jimenez A, de Grado T, Fernandez-Corbelle JP. The Primary Obesity Surgery Endolumenal (POSE) procedure: One-year patient weight loss and safety outcomes. *Surg Obes Relat Dis.* 2014;11:861-5.
 9. Altieri MS, Pryor AD. Gastroesophageal Reflux Disease After Bariatric Procedures. *Surg Clin North Am.* 2015;95:579-91.
 10. De Luca M, Tie T, Ooi G, Higa K, Himpens J, Carbajo M-A, et al. Mini Gastric Bypass-One Anastomosis Gastric Bypass (MGB-OAGB)-IFSO Position Statement. *Obes Surg.* 2018;28:1188-206.

Amador García Ruiz de Gordejuela*, Ramón Vilallonga Puy, Renato Roriz da Silva y José Manuel Fort López-Barajas

Servei de Cirurgia General, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gordeju@gmail.com

(A. García Ruiz de Gordejuela).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.06.006>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.