

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.
- Guingand 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>

BIBLIOGRAFÍA

-
1. De Tomás J. Reconversión a *bypass* gástrico en pacientes con esófago de Barret tras una gastrectomía vertical. Cir Esp. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.01.020>.

Victoria Lucas Guerrero*, Alexis Luna, Pere Rebas,
Sandra Montmany y Salvador Navarro

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vlucas@tauli.cat (V. Lucas Guerrero).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.02.005>
0009-739X/

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