



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

la urgencia quirúrgica durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp.* 2020;98:433-41.

4. CovidSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: An international cohort study. *Lancet.* 2020;396:27-38.

Pedro López Morales^{a,*}, Miguel Ruiz Marín^{a,b},
Clara Giménez Francés^a
y Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{a,b,c}

^aServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bFacultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

^cCátedra de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.lopez6@hotmail.com
(P. López Morales).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.02.007>
0009-739X/

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

Réplica a carta al director

Reply to editor letter



Estimado Editor:

Agradecemos su oportunidad de poder comentar la carta al editor de la Dra. Clara Giménez Francés et al. respecto a nuestro reciente artículo publicado sobre el tratamiento de la coledocistitis y la colecistitis aguda durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19¹.

Esta carta representa una ocasión interesante para discutir sobre los resultados de nuestra encuesta.

No obstante, la carta se basa en una casuística pequeña donde el uso de la estadística tiene que ser sopesado, así como sus conclusiones. La experiencia presentada por el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia confirma la tendencia observada por la gran mayoría de los centros españoles de suspender durante la primera fase de pandemia la cirugía de la colecistectomía electiva, tal como hemos objetivado en nuestro artículo². Como estamos viendo en las fases sucesivas de la pandemia, el efecto de esta estrategia ha aumentado de forma importante la lista de espera para el tratamiento quirúrgico de la coledocistitis. El resultado de una lista de espera quirúrgica prolongada pospandemia para tratar la coledocistitis no debería transformarse en un empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Es imprescindible que los gestores actúen de forma rápida y eficaz para solucionar este problema, destinando más recursos a la reanudación de la actividad quirúrgica con las máximas garantías de seguridad para pacientes y profesionales.

La serie presentada en la carta al editor describe que, contrariamente a la tendencia descrita por nuestra encuesta

nacional, se ha ofrecido tratamiento quirúrgico urgente a todos los pacientes (3), que durante la fase de pandemia acudieron por coledocistitis aguda. Aunque en formato de encuesta, nuestro artículo expone una situación que luego se ha confirmado en publicaciones posteriores incluyendo mayores números de casos^{3,4}. Creemos que es interesante el dato expuesto por la carta de López Morales et al. que durante la fase de pandemia (grupo 2), 2 meses, solamente 3 pacientes acudieron a urgencia por coledocistitis aguda. Este dato va en consonancia con los de nuestro estudio nacional donde un 98% de los encuestados han notado una reducción de los accesos a urgencia por coledocistitis aguda, descendiendo incluso de > 50% en el 34% de las respuestas.

La encuesta realizada durante la pandemia ha sido también una ocasión para resaltar algunas criticidades que existen aún en el manejo de la coledocistitis en nuestro medio. Por ejemplo, la necesidad de implementar la colecistectomía programada en régimen de cirugía mayor ambulatoria, que según nuestra encuesta es una práctica poco extendida, realizada habitualmente solo en el 38% de los centros. Su incremento podría contribuir a la mejora de la asistencia sanitaria durante la pandemia actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giménez Francés C, Ruiz Marín M, López Morales P, Albarracín Marín-Blázquez A. Respuesta a: Encuesta nacional sobre el tratamiento de la apendicitis aguda en España durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19. *Cir Esp.* 2021;99:168-9.

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>