FEBRERO DE 2025 • N. 53 • AÑO V

gema

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ENTEROSCOPIA

Dilatación de estenosis de intestino delgado en Enfermedad de Crohn mediante enteroscopia

- Grado de complejidad en la colangiografía endoscópica: utilidad en la práctica diaria
- Endoscopia en el paciente pediátrico con Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- El papel del ultrasonido endoscópico en las guías de la ESGE en el abordaje diagnóstico de las estenosis biliares



Resección endoscópica de la mucosa en tumor de extensión lateral.

3 MENSAJE EDITORIAL
Dra. Yolanda Zamorano Orozco

6 ENDOSCOPIG

8 SOCIOS DEL PAÍS
Conoce al Dr. Eduardo Jaime Ruiz Ballesteros

9 SOCIOS DEL PAÍS
Conoce al Dr. Omar Ricardo Quiroz Rodríguez

10 ENTRENAMIENTO
Curso Endoasistente
Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

11 CALIDAD EN ENDOSCOPIA
Intervenciones para mejorar los índices de calidad en endoscopia superior
Dra. Mónica Reyes Bastidas

13 EN VÍA BILIAR
Grado de complejidad en la colangiografía endoscópica:
utilidad en la práctica diaria
Dr. Jony Cerna Cardona

16 ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA
Endoscopia en el paciente pediátrico con Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

20 ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
Pasado, presente y futuro de la endoscopia terapéutica
Dr. José Miguel Espinosa González / Dr. Antonio Jhonatan Hernández Flores /
Dr. Reynaldo Alvarado Morales

24 ENTEROSCOPIA
Dilatación de estenosis de intestino delgado en Enfermedad de Crohn mediante enteroscopia
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

28 PÓLIPOS
The Cold Revolution
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

30 RETOS DE LA ENDOSCOPIA
Retos de la endoscopia (y del endoscopista) en México.
¿Hacia dónde vamos?
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

31 ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO
El papel del ultrasonido endoscópico en las guías de la ESGE en el abordaje diagnóstico de las estenosis biliares
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna / Dra. Lucía Vásquez Sánchez

34 IMAGEN / CASO DEL MES
Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

35 MITOS EN MEDICINA
Isotretinoína y riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal
Dr. Sergio Enrique Leal Osuna

37 MEDI-CINE
La habitación de al lado
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

gema

DIRECTORIO

Presidenta de la AMEG:
Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Coordinación Editorial:
Dra. Lucía Vásquez Sánchez
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Diseño Editorial y diagramación:
D.G.E. A. Cynthia Castañeda Hernández

Edición y corrección de estilo:
Lic. Alejandro Figueroa López

Colaboradores:
Dr. Reynaldo Alvarado Morales
Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara
Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez
Dr. Jony Cerna Cardona
Dr. José Miguel Espinosa González
Dr. Antonio Jhonatan Hernández Flores
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín
Dr. Sergio Enrique Leal Osuna
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes
Dr. Omar Ricardo Quiroz Rodríguez
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna
Dra. Mónica Reyes Bastidas
Dr. Eduardo Jaime Ruiz Ballesteros
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

GEMA. Gaceta Endoscópica Mexicana es una publicación mensual de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y del Colegio de Profesionistas.
Permiso en trámite.

Contacto:
drgerardo.gastro@gmail.com
lucyvasquezs@yahoo.com.mx

Gestión como Presidente

El ser líder de esta honorable asociación es una distinción que no se podrá borrar de mi mente, ya que desde que fui residente en la formación endoscópica, fui testigo del gran desfile de profesores nacionales y extranjeros; observar, aprender convivir en foros nacionales, es un ambiente de convivencia, ciencia y, sobre todo, amistad. La experiencia de haber sido miembro activo de distintas mesas directivas me dio una perspectiva diferente de cada uno de los Presidentes con los que tuve la fortuna de trabajar, como el Dr. Sergio Solana, el Dr. Ángel Reyes y el Dr. Jordan Zamora, cada uno con diferentes tipos de liderazgo. Fueron experiencias de aprendizaje que he podido aplicar ahora que me toca estar en la Presidencia.

Los retos como mujer y líder de la endoscopia en México no han sido fáciles, porque en toda la historia de los 50 años de AMEG, soy la cuarta mujer que ha desempeñado el cargo. Es un honor y, precisamente para abrir más campo a las mujeres, uno de los objetivos de la gestión es consolidar una sociedad de mujeres que se dedican a la endoscopia en México.

Consolidamos inicialmente como Comité FemScope a un grupo de mujeres muy exitosas y emprendedoras con la finalidad de dar más foro, sin embargo, quiero señalar que en la asociación, en lo que a mi persona respecta, no he sentido ningún tipo de discriminación o tema de género.

Como mujeres, el campo puede ser un poco complicado, porque, además del género, somos, hijas, mamás, hermanas y muchas veces el ámbito personal puede pesar más para poder desempeñar un puesto gerencial, pero se requiere de inversión de tiempo y dedicación.

En esta gestión se ha consolidado el grupo FemScope con una visión de ser, en un futuro, una asociación consolidada e independiente. Y, personalmente, les confieso que crecí en una familia de un gran matriarcado y eso me marcó en forma positiva, por lo que ver o ser parte de las mesas directivas me motivó y visualizó a ser líder de la AMEG con el toque personal que me puede caracterizar, como lo fue en mi servicio laboral con un toque distinto al de su fundadora que también fue mujer.

El tomar protesta fue un momento mágico, nostálgico y, sobre todo, emotivo. El tener a mi familia enfrente mi madre y hermano mayor me inspiró para dar un discurso de toma de protesta de amor y compromiso y, aunque algunos me dijeron que fue lacrimógeno, fue una demostración del compromiso que tengo como persona, médico y Presidente.

¿Retos? Muchos pues hay situaciones de índole académico que, desafortunadamente, se han estancado y eso no va con los objetivos de esta gestión. Nos dimos a la tarea, en conjunto con el Dr. Juan Miguel Abdo Francis y la Dra. Angélica

Hernández Guerrero, de rediseñar la revista Endoscopia, ya que tenía casi dos años sin acervo bibliográfico y, por lo tanto, como editores se están reajustando como equipo. El reto de siempre: no está indexada, pero como sociedad qué hacemos. ¡Hay que actuar!

Y gracias a un trabajo muy arduo en equipo, en el mes de marzo saldrá a la luz con nuevos números, por lo que los invito a colaborar para que nuestra revista tenga más sustento bibliográfico y eso sólo lo haremos como asociación.

La meta de esta gestión es la academia, por lo que se harán dos Guías de Buena Práctica Endoscópica con los siguientes tópicos: nutrición y accesos enterales (esta segunda será una actualización de screening de cáncer de colon). También se realizará la actualización de la Guía de Bariatría que ha quedado pendiente de su publicación, por lo que la meta es que ¡se publiquen en nuestra revista las tres guías!

Y retomamos las reuniones regionales en el sur y norte, la primera en el mes de marzo en la hermosa ciudad de Puebla, de la que por cierto ya tenemos el programa académico listo con profesores nacionales y extranjeros y es ¡espectacular!, mientras que la segunda reunión regional será en San Luis Potosí con tópicos de vía biliar y páncreas. Los esperamos y, sobre todo, no pueden faltar a la Reunión Nacional que se llevará a cabo en Puerto Vallarta, el segundo lugar más seguro de todo el país, considerado la Perla del Pacífico, con diferentes simposios satélite con tópicos como ultrasonido endoscópico, neurogastroenterología, FemScope y algunas sorpresas en simulación robótica. Les quiero compartir la gran emoción que siento el poder disfrutar esta experiencia con ustedes y la finalidad de la AMEG es 100% académica, inclusiva y con innovación constante.

En este mes de febrero se llevarán a cabo dos cursos de Programa Líder LIEEG, el de Manejo Actual de Urgencias Endoscópicas y el de Actualidades en Endoscopia Pediátrica, con profesores nacionales e internacionales de gran prestigio, por lo que los invitamos a que se inscriban a través de la página de la AMEG.

Así es que... a disfrutar esta gestión 2024-2025.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco
Presidente AMEG

Arfla®

Acción local *efectiva*

95 años Senosiain®

Tiene las **siguientes ventajas:**

- **No absorbible** (<1%)
- **Amplio espectro** bacteriano frente Gram positivos y negativos
- **Altas concentraciones** en la luz intestinal
- **No provoca alteraciones** importantes en la microbiota intestinal

Las recomendaciones para el uso de antibióticos se basan en la relación propuesta entre **el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado y la malabsorción o la producción excesiva de gas**.



Revisar IPP:

ARFL-01A-19 | NÚMERO DE ENTRADA: 193501202C0133

Exea®

Senosiain®

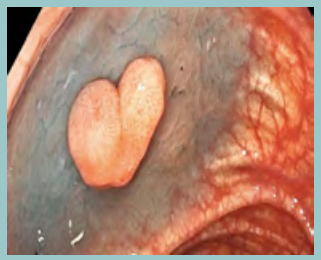
Es febrero y el tubo digestivo lo sabe: *Love is in the… gut*

En esta ocasión, quisiera cambiar un poco la dinámica y compartir con ustedes estos casos inesperados a los que todo mundo podemos estar expuestos.

1. Paciente masculino de 34 años de edad con historia de insuficiencia hepática crónica de origen etílico diagnosticada en enero de 2022. El paciente fue referido por la consulta externa de medicina interna para pesquisa de várices esofágicas. En la esofagogastroduodenoscopia se encuentran várices grandes de Baveno, Dagradi IV, 4 trayectos semitortuosos, rosas-violáceos que ocupan 2/3 de la luz esofágica y aplanan parcialmente a la insuflación. Se procedió a realizar ligadura esofágica y posterior a la liberación de una de las ligas, observamos la bella imagen de un corazón.



2. Durante una colonoscopia de tamizaje realizada por los Drs. Luigi Papparella, Maria V. Matteo y Guido Costamagna, se encuentra un pólipo sésil (0-Is de Paris). Realizaron inyección de la submucosa y, justo antes de realizar la resección endoscópica, se observa el pólipo en forma de corazón resaltando sobre el fondo azul de la tinción.



¿Quieres saber más?

- Busca la sección "Art in Endoscopy" en la revista Endoscopy.
- También busca dentro de tus pacientes, seguro encontrarás imágenes bonitas.



Síguenos: @endosco_pig

Ulsen® PCS

El IBP preciso

Es clave en el tratamiento de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico.



95 años Senosiain®

Ulsen® PCS

Promueve la **rápida cicatrización y pronto alivio** de la pirosis y regurgitación.



ULSE PCS-01A-22
NO. DE ENTRADA: 223300202C9844

Revisar IPP:

ALTIA®

Senosiain®

Conoce al
Dr. Eduardo Jaime Ruiz Ballesteros

Mi nombre es Eduardo Jaime Ruiz Ballesteros, soy originario de Puebla y soy médico cirujano egresado de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), graduado de la especialidad en gastroenterología del Hospital Español de México.

Realicé la Alta Especialidad en Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica en el Centro Médico ABC y cursé un Máster en Administración de Centros Sanitarios y Hospitalarios en la Universidad Internacional de La Rioja, España, programa dual avalado y reconocido por la Secretaría de Educación Pública (SEP) como Maestría en Administración Hospitalaria en México.

Certificado por el Consejo Mexicano de Gastroenterología en sus dos especialidades, realicé una estancia formativa y certificación en endoscopia bariátrica en Sao Paulo, Brasil en septiembre 2023, así como entrenamiento y certificación por Apollo Endosurgery en endosutura, revisiones transorales, procedimiento TORe, gastroplastías primarias endoscópicas en manga, uso de Gen2 y sistema Overstitch SX.

Soy miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas AC (AMEG), de la European Society of Endoscopy (ESGE), de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), de la Asociación Española de Gastroenterología, de la Organización Mundial de Endoscopia (WEO) y de la Societé Française d'Endoscopie Digestive (SFED).

También soy miembro activo de la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Puebla, siendo presidente de esta en el periodo 2023-2024 y actualmente ocupo el cargo de tesorero para el periodo de 2025-2026.

Soy profesor del curso de Alta Especialidad en Endoscopia Gastrointestinal con reconocimiento por la UDLAP y profesor adjunto del curso Alta Especialidad en Cirugía Bariátrica en el Hospital Ángeles Puebla. Profesor y *speaker* de Cook Medical, Ferring, Mayoly México, Siegfried Rhein y Apollo Endosurgery.

Actualmente ejerzo mi práctica privada en el Hospital Ángeles de Puebla como médico adscrito a los servicios de Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal.



Contacto

Hospital Ángeles, consultorio 910, torre central
(próximamente torre 1, piso 18)
Teléfono personal: 2223944930
Teléfono consultorio y urgencias: 2213004207
Facebook: Eduardo Ruiz Ballesteros
Instagram: dr_eduardoruizballesteros

Conoce al
Dr. Omar Ricardo Quiroz Rodríguez

Soy el Dr. Omar Ricardo Quiroz Rodríguez, un apasionado cirujano bariatra y endoscopista. Mi trayectoria académica comenzó en la prestigiosa Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde obtuve mi título de médico cirujano. Posteriormente, me especialicé en cirugía general en el Hospital de Alta Especialidad Pemex Sur.

Impulsado por mi interés en técnicas mínimamente invasivas, realicé una alta especialidad en laparoscopia avanzada en el Hospital ABC, seguida de una alta especialidad en cirugía bariátrica en el Hospital General de Tláhuac. El interés por la cirugía bariátrica y los nuevos procedimientos intraluminales me impulsaron a completar mi formación con una alta especialidad en endoscopia gastrointestinal.

Mi verdadera pasión radica en la endoscopia bariátrica. Me he capacitado con los renombrados Drs. Luis Gustavo de Quadros y Manel Galvão, en Tijuana, para perfeccionar mis habilidades en procedimientos endoscópicos intraluminales, como la manga gástrica endoscópica y la resolución de complicaciones.

Actualmente, me desempeño como médico adscrito de endoscopia en el Hospital Regional Mérida ISSSTE y en mi práctica privada en el Hospital Star Médica Mérida. Me dedico con entusiasmo a la endobariatría, realizando procedimientos primarios y secundarios, como balones intragástricos, manga endoscópica, revisiones TORe y Re-Manga, y manejo de complicaciones bariátricas con técnicas endoscópicas avanzadas.

Estoy convencido de que la cirugía bariátrica y la endoscopia bariátrica son una combinación ideal y se complementan a la perfección. Juntas, estas disciplinas ofrecen un enfoque integral y personalizado para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades, maximizando los resultados y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Mi compromiso con la excelencia en el cuidado de mis pacientes y el avance de la endoscopia bariátrica es inquebrantable. Si eres un colega médico o un paciente interesado en explorar las opciones de tratamiento endoscópico para la obesidad y sus complicaciones, no dudes en contactarme. Estoy aquí para brindarte mi experiencia, conocimiento y apoyo en tu camino hacia una vida más saludable y plena.



Contacto
Star Médica Mérida, consultorio 521
Teléfono: 999 236 0153
Página web: www.omar.doctor
Redes sociales: @dromarquiroz

Curso Endoasistente

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

El Curso de Endoasistente nace en el año 2016 con la gestión de la Dra. Clara Luz Martínez, quien materializa una idea que había estado en mente desde tiempo atrás, con experiencias del Dr. Enrique Paredes y Dr. Ángel Mario Zarate, siendo la Dra. Alejandra Noble quien escribió el primer bosquejo del curso.

La Dra. Clara Luz nos nombra al Dr. Jony Cerna, la Dra. Greta Huete y a un servidor, Dr. Gerardo Morales, como los primeros desarrolladores del curso y posteriormente se nos uniría la Dra. Gretel Casillas. En aquel momento se solicitó el apoyo de socios jóvenes para que dieran las clases presenciales en Casa AMEG, las cuales iban dirigidas a personal de enfermería.

El programa fue evolucionando y, con la llegada de la pandemia por el COVID-19, se vio suspendido de manera temporal; sin embargo, esta situación dio lugar al curso híbrido actual.

Se agregaron talleres para que los asistentes conocieran de primera mano el uso del material y los accesorios, esto con el apoyo de nuestros amigos de las casas comerciales y con la facilidad de rotar en diferentes hospitales, como lo han sido el Hospital Juárez de México, el Hospital Dr. Carlos MacGregor del IMSS, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Actualmente está por iniciar este mes de febrero el curso XV y tenemos un aproximado de 245 exalumnos en nuestra historia. Este nuevo curso será coordinado por el Dr. Jony Cerna, la Dra. Guadalupe Martínez y un servidor, Dr. Gerardo Morales.

El curso fue renovado por completo bajo la gestión del Dr. Guillermo de la Mora, regrabando todas las clases, actualizando conceptos y aplicando lo aprendido en la retroalimentación de los cursos previos.

Actualmente el curso está dirigido a todo el personal interesado en ser asistente durante un procedimiento endoscópico, siendo enfermero, técnico o algún otro personal de salud interesado en el tema, ya que el temario, conocimientos y evaluaciones son iguales para todos. El objetivo es acercarlos a casos reales y conocimiento unificado a este personal para que tengan la capacidad de responder a los eventos acontecidos dentro de una sala de endoscopia.

Actualmente se realizan dos cursos por año, con un límite de alumnos para asegurar una adecuada atención a todos, tanto en las clases como en los talleres y rotaciones en la Ciudad de México para el personal que pueda asistir.

Intervenciones para mejorar los índices de calidad en endoscopia superior

Dra. Mónica Reyes Bastidas

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

¿Cuáles intervenciones se asocian para mejorar los requerimientos de una endoscopia superior en pacientes cirróticos?
Cuando se indica una endoscopia superior en caso de hemorragia variceal, deben existir los tiempos adecuados para administrar ciertos fármacos antes del procedimiento, como antibióticos profilácticos y vasoconstrictores del tipo terlipresina u octreotido.

¿En qué situaciones se aplican antibióticos profilácticos?
Tanto la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal como la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE y ESGE, por sus siglas en inglés) recomiendan la administración profiláctica de antibióticos en pacientes a los cuales se les va a colocar una sonda alimentación con el objetivo de prevenir infecciones periestomales.

¿Cuáles son las intervenciones en hemorragia gastrointestinal superior en relación a fármacos preprocedimiento (por ejemplo, inhibidores de bomba de protones, agentes promotilidad, fármacos vasoactivos y antibióticos)?
Se debe mejorar la estratificación del riesgo, coordinar la estancia hospitalaria y evitar el uso de fármacos innecesarios.

¿Qué métodos han demostrado que mejoran las medidas antes de llevar a cabo una endoscopia para escrutinio y vigilancia en Esófago de Barrett (EB)?
La detección endoscópica de neoplasia relacionada con EB puede ser mayor en centros médicos con experiencia que en hospitales de menor nivel. La diferencia en reconocer las lesiones displásicas entre un endoscopista general y uno con experiencia es llevar a cabo entrenamientos que les brinden las herramientas para reconocer este tipo de neoplasia relacionada con EB.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

¿Qué intervenciones incrementan la documentación de un examen completo o incompleto?
La documentación completa, incluyendo la descripción y/o fotodocumentación de los puntos de referencia, tipo y localización de la patología encontrada, estratificación del riesgo de las lesiones con hemorragia de acuerdo con las clasificaciones aceptadas y documentación del tratamiento de la lesión con hemorragia, se consideran indicadores importantes de alta calidad.

Falta evidencia suficiente para demostrar qué intervenciones aumentan el cumplimiento en el reporte con los indicadores de calidad relacionados con la documentación del procedimiento.

¿Qué intervenciones han demostrado aumentar la identificación (y, por lo tanto, el tratamiento) de estigmas endoscópicos de alto riesgo y mejorar la sobrevida en pacientes con hemorragia secundaria a úlcera péptica?

El invocar el reconocimiento y descripción de los programas de educación de EB ha hecho que los endoscopistas generales mejoren su práctica clínica, por lo que se requiere algo similar para que se reconozcan y traten las lesiones que condicionan hemorragia por parte de los expertos. Con esto se plantea disminuir la mortalidad y estancia hospitalaria. Incluso, el día de admisión del paciente ha mostrado resultados, ya que la admisión en un fin se semana está asociado con peores resultados.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

Los métodos para mejorar los indicadores de calidad incluyen brindar el alta al paciente con los tratamientos adecuados y el seguimiento (por ejemplo, la administración de inhibidores de bomba de protones después de dilatar estenosis péptica, el tratamiento de Helicobacter pylori) y explicar a los pacientes los probables efectos adversos y sobre todo documentarlos. Las intervenciones que pudieran ayudar en este punto son el tener realmente una comunicación clara con el paciente, ya sea a través de instrucciones escritas o comunicación directa que tenga lugar después de realizar la endoscopia superior.



Grado de complejidad en la colangiografía endoscópica: utilidad en la práctica diaria

"Centrarnos en aquellas circunstancias en las que la dificultad es predecible antes de que comience el procedimiento, asegura una alta tasa de éxito técnico-clínico y una baja tasa de eventos adversos"

Dr. Jony Cerna Cardona

La colangiografía endoscópica (CPE) se ha convertido en una modalidad líder en el tratamiento de la patología biliopancreática. Se considera un procedimiento que requiere una curva de aprendizaje amplia y puede estar asociada a eventos adversos y complicaciones graves.[1,2]

El grado de complejidad de la CPE se evalúa considerando diversos factores: a) Anatomía del paciente (pacientes con cirugías previas [Imagen 1] o malformaciones congénitas [Imagen 2]), pueden presentar anatomías más complejas, lo que dificulta el procedimiento; b) Patología (cálculos biliares grandes [Imagen 3] o múltiples, tumores, estenosis [Imagen 4] o inflamación, pueden aumentar la dificultad); y c) Experiencia del endoscopista (la habilidad y experiencia del médico que realiza el procedimiento influyen significativamente en el éxito).

En un intento de estandarizar los grados de complejidad de la CPE, se han desarrollado diversos sistemas de puntuación como los de Schutz y Morriston, que fueron los primeros en probarse en el ámbito clínico con el fin de lograr su adopción universal.

Más recientemente, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE, por sus siglas en inglés) propuso un



Imagen 1. Colangiografía endoscópica modificada en un paciente con cirugía de Whipple.

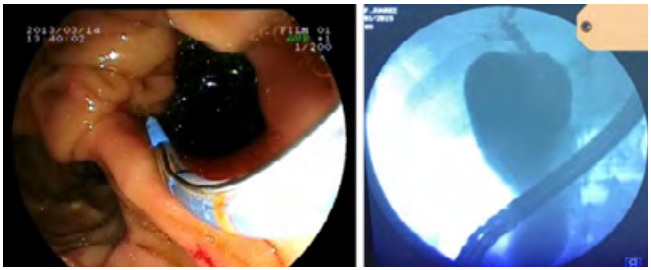


Imagen 2. Malformaciones congénitas: **a)** Papila intradiverticular; **b)** Dilatación fusiforme del colédoco.



Imagen 3. Coledocolitiasis de grandes elementos.

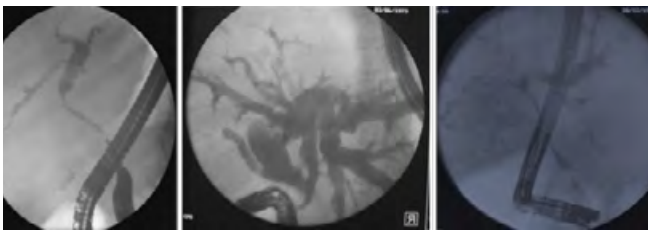


Imagen 4: Estenosis biliares complejas.

sistema de puntuación basado en cuatro grados con el objetivo de calificar la complejidad de los procedimientos de CPE (Tabla 1).[1,2]

Pero, ¿por qué es importante evaluar la complejidad de la CPE? Esta evaluación permite al médico planificar el procedimiento de manera adecuada, considerando los riesgos y bene-

Tabla 1. Sistema de clasificación ASGE para la complejidad de los procedimientos de CPE.[1]

GRADO 1	Canulación profunda del conducto de interés, papila mayor, toma de muestras, extracción y colocación de prótesis biliares.
GRADO 2	Extracción de litos biliares <10 mm.
	Tratamiento de fístulas biliares.
	Tratamiento de estenosis extrahepáticas benigna o maligna.
	Colocación de prótesis pancreática profiláctica.
GRADO 3	Extracción litos biliares <10 mm.
	Canulación de papila menor en páncreas *divisum* y tratamiento.
	Extracción de prótesis biliares migradas internamente.
	Imágenes intraductales, biopsia, FNA.
	Manejo de pancreatitis aguda o recurrente.
	Tratamiento de estenosis pancreáticas. Extracción de cálculos pancreáticos móviles y <5 mm.
	Tratamiento de tumores hiliares.
	Tratamiento de estenosis biliares benignas en el hilio o superiores.
	Manejo de la sospecha de disfunción del esfínter de Oddi (con o sin manometría).
GRADO 4	Remoción de prótesis pancreática migrada internamente.
	Terapia intraductal guiada por imágenes (colangioscopia).
	Cálculos pancreáticos impactados y/o <5 mm.
	Cálculos intrahepáticos.
	Drenaje de pseudoquistes, necrosectomía.
	Papilectomia.
	CPRE después de cirugía de Whipple o en Y-Roux.

Aumentar 1 nivel (hasta un máximo de 4) cuando el paciente haya tenido una gastrectomia Billroth II.

ficios. Además, permite la selección del centro de endoscopia donde se realizará el procedimiento, es decir, pacientes con procedimientos de alto grado de complejidad pueden requerir ser referidos a centros especializados.

Asimismo, permite además informar al paciente sobre el grado de complejidad del procedimiento, posibles riesgos y ofrecer otras opciones de tratamiento a través de la elaboración de un consentimiento informado.

La validación de la complejidad de la práctica en un centro de referencia terciario especializado y el grado de éxito confirman que los procedimientos más complejos pueden no ser adecuados para centros de bajo volumen con experiencia limitada en el procedimiento.[1]

En conclusión, el sistema de calificación es una herramienta potencialmente conveniente que ayuda a estratificar los procedimientos por dificultad, tomar las mejores de decisiones que impactan en la tasa de éxito técnico, clínico y reducción de los eventos adversos relacionados.

Referencias

1. Sahar N, La Selva D, *et al. The ASGE grading system for ERCP can predict success and complication rates in a tertiary referral hospital.* Surg Endosc. 2019 Feb;33(2):448-453. doi: 10.1007/s00464-018-6317-7. Epub 2018 Jul 9.
2. Cotton P, Eisen G, *et al. Grading the complexity of endoscopic procedures: results of an ASGE working party.* Gastrointest Endosc 2011;73:868-74.



Endoscopia en el paciente pediátrico con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez
Gastroenterología y endoscopia digestiva pediátrica
Hospital Infantil Privado, Ciudad de México

Los estudios endoscópicos siguen siendo una herramienta fundamental para el diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Como parte de la evaluación inicial siempre deben realizarse: ileocolonoscopia (IC) completa con intubación ileal y esofagogastroduodenoscopia (EGDS), independientemente de la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales superiores. Estos procedimientos endoscópicos, idealmente deben ser realizados por gastroenterólogos pediatras o adultos con experiencia en pediatría.

La determinación de actividad de la enfermedad con índices validados, se recomienda tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica diaria, tanto en el abordaje inicial como en el seguimiento.

Los índices recomendados, principalmente por mayor facilidad de uso para adultos y niños con EII, son:

- Enfermedad de Crohn: CDEIS (CD Endoscopic Index of Severity) y/o el SES-CD (Simple Endoscopic Score for CD).
- Colitis ulcerativa: UCEIS (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity) y el de la Clínica Mayo.

Al momento de realizar el estudio endoscópico y realizar el reporte de este, es importante describir la extensión y localización de la inflamación, si es continua o no, la presencia de eritema en cada segmento del intestino, pérdida del patrón vascular, sangrado (espontáneo o al contacto con el endoscopio), presencia de erosiones o úlceras (superficiales o profundas) y la presencia de estenosis o fístulas.

Asimismo, durante el procedimiento deben obtenerse múltiples biopsias de cada segmento, incluida mucosa macroscópicamente normal. Por lo tanto, se sugiere obtener por lo menos dos biopsias de calidad por segmento anatómico: esófago, estómago, duodeno, íleon y colon, de donde se deben obtener biopsias de al menos cuatro sitios: ciego, transverso, sigmoides y recto.

En el caso de pacientes con colitis aguda severa, se puede limitar el primer estudio a una rectosigmoidoscopia, no colonoscopia completa por el riesgo de complicaciones. Esto debe ser seguido por una colonoscopia completa con intubación ileal cuando se haya resuelto el cuadro agudo.

En el caso de endoscopia de seguimiento, es importante reportar si hay cambios en la actividad endoscópica en com-

Tabla 1. Índice de la Clínica Mayo

Score	Disease Activity	Endoscopic Features (Descriptors)
0	Normal or inactive	None
1	Mild	Erythema, decreased vascular pattern, mild friability[a]
2	Moderate	Marked erythema, absent vascular pattern, friability, erosions
3	Severe	Spontaneous bleeding, ulceration

[a] Endoscopic assessment in the mesalamine MMX trials removed friability from level 1 (see text).
Adapted from Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. N Engl J Med 1987;317:1625–9; with permission.

paración con el estudio previo (mejoría, empeoramiento o si permanece igual).

De manera general, se considera que hay curación de la mucosa cuando hay ausencia completa de inflamación (SES-CD / UCEIS = 0) y remisión endoscópica cuando se encuentran el SES-CD ≤ 2 y UCEIS ≤ 1. La remisión endoscópica es más práctica y es un objetivo más alcanzable en la práctica clínica; sin embargo, la curación mucosa sigue siendo el objetivo principal y el más importante.

Se considera que hay respuesta endoscópica cuando hay disminución en los índices: SES-CD ≥ 2, o en UCEIS ≥ 2, o cuando se valora una mejoría general de al menos el 50%.

Índices más utilizadas para colitis ulcerativa

El Índice de la Clínica Mayo (Tabla 1) consta de cuatro componentes con un puntaje máximo de 3. Debido a que algunas variables se repiten en cada componente, este índice puede ser confuso y causar variación interobservador de forma frecuente, principalmente al hablar de friabilidad de la mucosa. Se informa el puntaje del segmento más comprometido.

Este índice ha sido muy utilizado en ensayos clínicos, se considera curación de la mucosa un índice de Mayo 0 o 1, o una disminución de la clasificación inicial de 2 o 3.

Tabla 2. Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)

Descriptor (Score Most Severe Lesions)	Likert Scale Anchor Points	Definition
Vascular pattern	Normal (0)	Normal vascular pattern with arborization of capillaries clearly defined, or with blurring or patchy loss of capillary margins
	Patchy obliteration (1)	Patchy obliteration of vascular pattern
	Obliterated (2)	Complete obliteration of vascular pattern
Bleeding	None (0)	No visible blood
	Mucosal (1)	Some spots or streaks of coagulated blood on the surface of the mucosa ahead of the scope, which can be washed away
	Luminal mild (2)	Some free liquid blood in the lumen
	Luminal moderate or severe (3)	Frank blood in the lumen ahead of endoscope or visible oozing from mucosa after washing intraluminal blood, or visible oozing from a hemorrhagic mucosa
Erosions and ulcers	None (0)	Normal mucosa, no visible erosions or ulcers
	Erosions (1)	Tiny (≤5 mm) defects in the mucosa, of a white or yellow color with a flat edge
	Superficial ulcer (2)	Larger (>5 mm) defects in the mucosa, which are discrete fibrin-covered ulcers when compared with erosions, but remain superficial
	Deep ulcer (3)	Deeper excavated defects in the mucosa, with a slightly raised edge

Copyright Warner Chilcott Pharmaceuticals, although the index is freely available for use by investigators.
Adapted from Neurath MF, Travis SP. Mucosal healing in inflammatory bowel diseases: a systematic review. Gut 2012;61:1619–35.

El Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) (Tabla 2) fue creado para mejorar la variación interobservador. En este índice se elimina el término friabilidad, que es el que más variabilidad genera. El UCIES es el más utilizado actualmente en la práctica clínica y en ensayos clínicos.

Esta escala busca estadificar la gravedad endoscópica de la colitis ulcerosa, se informa el segmento más comprometido y su puntaje varía entre 0 y 8 puntos. Se considera remisión endoscópica un puntaje de 0 o 1 punto (con 0 puntos tanto en sangrado como en erosiones y úlceras).

Se considera que hay curación de la mucosa cuando hay ausencia completa de inflamación (UCEIS = 0) y remisión endoscópica cuando se encuentra UCEIS ≤ 1. Existe respuesta endoscópica cuando hay disminución en el índice UCEIS ≥ 2, o cuando se valora una mejoría general de al menos el 50%.

Tabla 3. Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS)

	Rectum	Sigmoid & Left Colon	Transverse Colon	Right Colon	Ileum	Total	
Deep ulcerations (12 present, 0 absent)	0	12	0	12	N/A	24	Total 1
Superficial ulceration (6 present, 0 absent)	6	6	6	6	N/A	24	Total 2
Surface involved by the disease (per 10 cm)[a]	5.6	4.9	3.4	5.6	N/A	19.5	Total 3
Ulcerated surface (per 10 cm)[a]	0.7	0.5	0.9	0.4	N/A	22	Total 4
Total 1 + Total 2 + Total 3 + Total 4						89.5	Total A
Number (*n*) of segments totally or partially examined (1–5)						4	*n*
Total A divided by *n*						22.4	Total B
Quote 3 if ulcerated stenosis anywhere, 0 if not						3	C
Quote 3 if nonulcerated stenosis anywhere, 0 if not						0	D
Total B + C + D						25.4	CDEIS

[a] Analog scales to be converted to numeric values.

Adapted from Mary JY, Modigliani R. Development and validation of an endoscopic index of the severity for Crohn's disease: a prospective multicentre study. Groupe d'Etudes Thérapeutiques des Affections Inflammatoires du Tube Digestif (GETAID). Gut 1989;30:983–9; with permission.

Tabla 4. Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD)

Variable	0	1	2	3
Size of ulcers (cm)	None	Aphthous ulcers (diameter 0.1–0.5 cm)	Large ulcers (diameter 0.5–2 cm)	Very large ulcers (diameter >2 cm)
Ulcerated surface (%)	None	<10	10–30	>30
Affected surface (%)	Unaffected segment	<50	50–75	>75
Presence of narrowings	None	Single, can be passed	Multiple, can be passed	Cannot be passed

Total SES-CD: sum of the values of the 4 variables for the 5 bowel segments. Values are given to each variable and for every examined bowel segment.

Adapted from Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, et al. Development and validation of a new, simplified endoscopic activity score for Crohn's disease: the SES-CD. Gastrointest Endosc 2004;60:505–12; with permission.

Índices utilizados para Enfermedad de Crohn

El Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS) (Tabla 3) es el estándar, mientras que el Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) (Tabla 4) es una versión simplificada.

El CDEIS es un índice que explora cuatro variables endoscópicas (úlceras profundas, úlceras superficiales, extensión de mucosa ulcerada y extensión de mucosa enferma) en cada una de las siguientes zonas: recto, sigmoides y colon izquierdo, colon transverso, colon derecho e íleon.

La calificación total se divide entre el número de zonas exploradas (1-5). Se agregan 3 puntos si se encuentran estenosis ulceradas y 3 puntos más si se encuentran estenosis no ulceradas. La calificación se encuentra entre 0 a 44 puntos. Es complejo, requiere entrenamiento y experiencia.

En este índice se define remisión endoscópica cuando la calificación es menor o igual a 6-7 y remisión endoscópica completa (curación de la mucosa) cuando la calificación es menor o igual a 3-4. Se considera respuesta endoscópica cuando la calificación disminuye 4-5 puntos menos que la calificación inicial. Este índice se ha utilizado en varios ensayos clínicos.

El SES-CD tiene muy buena correlación con el CDEIS, con un coeficiente de correlación de r=0.920. Este índice fue creado con el fin de tener un índice endoscópico menos complejo, confiable y fácil de usar.

Los parámetros endoscópicos utilizados en este índice (tamaño de úlceras, superficies alteradas o ulceradas, presencia de estenosis) se califican de 0 a 3, en cada porción valorada (recto, sigmoides y colon izquierdo, colon transverso, colon derecho e íleon).

Se considera que existe curación de la mucosa cuando se tiene ausencia completa de inflamación (SES-CD) y remisión endoscópica cuando se encuentra el SES-CD ≤ 2; hay respuesta endoscópica cuando hay disminución en el índice SES-CD ≥ 2 o cuando se valora una mejoría general de al menos el 50%.

Conclusiones

Esta es una revisión de los estudios iniciales y de seguimiento en el paciente con sospecha o diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, para evaluar el diagnóstico inicial y la respuesta al tratamiento.

Con el advenimiento de técnicas de imagen, técnicas endoscópicas menos invasivas como la cápsula endoscópica; técnicas endoscópicas avanzadas como la enteroscopia y endoscopia terapéutica, avanzamos cada vez más en el campo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Como pasa con otro tipo de patologías y técnicas endoscópicas, la experiencia en pediatría sigue siendo escasa, por lo que el aprender de la experiencia de los endoscopistas de adultos y los índices utilizados por ellos es de importancia para nosotros como pediatras y eventualmente utilizar índices diseñados para niños.

El uso de estos índices nos ayuda a hablar un mismo lenguaje y poder dar seguimiento a estos pacientes en cualquier escenario.

Referencias

1. Oliva S, Thomson M, de Ridder L, *et al. Endoscopy in pediatric inflammatory bowel disease: a position paper on behalf of the porto IBD group of the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition.* JPGN 2018; 67: 414 – 430.
2. Walsh A, Palmer R, Travis S. *Mucosal Healing As a Target of Therapy for Colonic Inflammatory Bowel Disease and Methods to Score Disease Activity.* Gastrointest Endoscopy Clin N Am 2014; 24: 367 – 378.
3. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla F, de-Paula J, *et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: primer consenso latinoamericano de la panamerican Crohn´s and colitis organisation.* Revista de Gastroenterología de México. 2017; 82(1): 46 – 84.
4. Ket SN, Palmer R, Travis S. *Endoscopic disease activity in inflammatory bowel disease.* Curr Gastroenterol Rep 2015; 17: 50.
5. Candia, R. *Herramientas para la interpretacion de informes endoscópicos: clasificaciones y escalas en endoscopia digestiva.* Rev Med Chile 2020; 148: 992-1003.



Pasado, presente y futuro de la endoscopia terapéutica

Dr. José Miguel Espinosa González
Dr. Antonio Jhonatan Hernández Flores
Dr. Reynaldo Alvarado Morales
Unidad de Endoscopia Terapéutica HUP, BUAP

La endoscopia terapéutica ha experimentado un avance acelerado en las últimas décadas, revolucionando el manejo de patologías gastrointestinales, al evolucionar de una herramienta diagnóstica a una plataforma clave para tratamientos mínimamente invasivos. Desde la introducción de los primeros endoscopios flexibles en los años setenta, esta disciplina ha integrado técnicas innovadoras que han transformado la práctica clínica y mejorado significativamente los desenlaces para los pacientes.

En la década de 1970, se establecieron los cimientos de la endoscopia terapéutica moderna. En 1971, se realizó la primera polipectomía endoscópica, un procedimiento que hoy es rutinario en el manejo de pólipos gastrointestinales. Posteriormente, en 1972 se introdujo la escleroterapia para el tratamiento de várices esofágicas. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), utilizada por primera vez en 1968, se popularizó como una técnica tanto diagnóstica como terapéutica para patologías biliares en el año de 1974.

Asimismo, en 1976 se emplearon sondas endoscópicas para dilatar estenosis esofágicas y, un año después, se logró controlar hemorragias digestivas mediante la administración de adrenalina por vía endoscópica.

Imagen 1. Línea de tiempo endoscopia terapéutica moderna.



Al final de esta década, la implementación de las gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG) optimizó los tiempos quirúrgicos y redujo complicaciones perioperatorias. Estos avances marcaron un antes y un después en el tratamiento de patologías esofágicas, biliares y hemorragias del tubo digestivo superior.[1,2]

Durante los años ochenta, la endoscopia alcanzó nuevos niveles en terapéutica. En 1981 se realizó con éxito el drenaje endoscópico de quistes pancreáticos, disminuyendo las complicaciones asociadas a la cirugía abierta. Este decenio también fue testigo del desarrollo de métodos hemostáticos avanzados, como el láser, *clips* hemostáticos y las bandas elásticas para el manejo de várices esofágicas.

Además, en 1987 se introdujo la resección endoscópica de mucosa (REM), una técnica que permitió tratar lesiones premalignas y malignas en etapas tempranas con un enfoque menos invasivo.[3,4]

En la década de 1990, se consolidaron avances dirigidos al tratamiento de patologías oncológicas y paliación de síntomas. Los *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS) emergieron como una herramienta crucial para aliviar obstrucciones en pacientes con cáncer gastrointestinal. En 1992, la cistogastroanastomosis endoscópica demostró ser una alternativa eficaz y segura para el drenaje de quistes, logrando un tratamiento definitivo con mínimas complicaciones. En 1998, la disección endoscópica submucosa (DES) permitió la resección completa de tumores localizados, lo que representó un avance significativo en la terapia oncológica.[5-7]

El siglo XXI tuvo un auge en las aplicaciones de la endoscopia terapéutica. A inicios del año 2000 la cromoendoscopia digital aumentó la detección y caracterización de lesiones, mientras que el uso de una cubierta distal transparente CAP en 2005 se implementó para mejorar las disecciones.

En 2008 y 2009 se marca un hito para la endoscopia con la llegada de la cirugía transluminal por orificios naturales (NOTES) y la miotomía endoscópica peroral (POEM), la cual tiene sus inicios desde 2007 con la realización de esta en modelos animales para tratamiento de la acalasia y hasta 2009 con aplicación exitosa en humanos, para el año 2020 se consolida como el tratamiento de primera elección, incluso efectiva en acalasia recidivante y de estadio final (megaesofago y esófago sigmoideo).

En el año 2012 se realizan y globalizan los procedimientos de resección endoscópica submucosa y túnel (STER). En





2015 se realizan cirugías de gastro-yeyuno anastomosis guiada por ecoendoscopia (GJ-EUS), también conocida como derivación intestinal guiada por ecoendoscopia con la implementación de Hot AXIOS, un *stent* metálico recubierto con capacidad de corte de tejido integrado. Al año siguiente se logra de manera exitosa la resección endoscópica completa de tumores (EFTR) completa de pared.[8-10]

En los últimos años, la incorporación de inteligencia artificial y la robótica ha impulsado la precisión y seguridad de los procedimientos endoscópicos. Estas tecnologías no sólo mejoran el control operatorio y reducen complicaciones, sino que también aceleran la recuperación de los pacientes

Además, la formación de nuevos especialistas en endoscopia se ha visto beneficiada por el uso de simuladores avanzados y plataformas de aprendizaje virtual, lo que garantiza un entrenamiento más completo y seguro. Estas herramientas son especialmente valiosas para practicar técnicas avanzadas, como la disección submucosa y la ecoendoscopia intervencionista, sin poner en riesgo a los pacientes.

De cara al futuro, se espera que la endoscopia terapéutica continúe avanzando hacia técnicas más precisas mediante realidad aumentada y virtual, así como el desarrollo de terapias inmunológicas aplicadas por vía endoscópica. La realidad aumentada podría integrarse en los procedimientos para proporcionar una visión más detallada de las estructuras anatómicas, mejorando la orientación y reduciendo los errores operatorios.

La endoscopia terapéutica ha recorrido un largo camino desde el inicio de la era de la endoscopia hasta convertirse en una disciplina indispensable en la práctica clínica moderna. Su evolución ha mejorado de manera significativa el tratamiento de una amplia gama de patologías gastrointestinales, ofreciendo soluciones menos invasivas, más seguras y altamente efectivas. Los procedimientos mínimamente invasivos tienden a acortar las estancias hospitalarias, disminuir las tasas de complicaciones y favorecer una recuperación más rápida, lo que resulta en un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

Referencias

1. Galvis-García E, Vega-González FJ, Emura F, Teramoto-Matsubara Ó, Sánchez-Robles JC, Rodríguez-Vanegas G, *et al. Inteligencia artificial en la colonoscopia de tamizaje y la disminución del error.* Cir Cir. 2023;91(3):411-421. https://doi.org/10.24875/ciru.22000446.

2. Rosa B, Andrade P, Lopes S, Gonçalves AR, Serrazina J, Cardoso PM, *et al. Pan-Enteric Capsule Endoscopy: Current Applications and Future Perspectives.* GE Port J Gastroenterol. 2024;31(2):13-24. https://doi.org/10.1159/000533960.

3. Mendes RR, Barreiro P, Mascarenhas A, Franco AR, Carvalho L, Chagas C. *Endoscopic Submucosal Dissection for Resections Larger than 10 cm: Outcomes from a Portuguese Center.* GE Port J Gastroenterol. 2024;31(1):33-40. https://doi.org/10.1159/000528102.



4. Dorelo R, Rodríguez G, Tchekmedyian AJ, Cedrón-Cheng H. *Recorriendo el camino hacia el éxito en cirugía bariátrica: el rol fundamental de la endoscopia bariátrica.* Rev Gastroenterol Perú. 2024;44(1):52-62. https://doi.org/10.47892/rgp.2024.441.1691.

5. Limas-Solano LM, Barreto-Noratto CP. *Giant pancreatic pseudocyst drainage by endoscopic cystogastrostomy:* Case report. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(2):210-213. https://doi.org/10.22516/25007440.734.

6. Freitas M, Silva VM, Gonçalves TC, Marinho C, Cotter J. *How Can Patient's Risk Dictate the Timing of Endoscopy in Upper Gastrointestinal Bleeding?* GE Port J Gastroenterol. 2022;29(2):20-29. https://doi.org/10.1159/000516945.

7. Priarone CM, Patiño V, Pinzón-Fernández MV. *Percutaneous transgastric approach in pancreatic ductal disruption:* Case series. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(4):480-484. https://doi.org/10.22516/25007440.725.

8. Rio-Tinto R, Canena J. *Endoscopic Treatment of Post-Cholecystectomy Biliary Leaks.* GE Port J Gastroenterol. 2021;28(4):265-273. https://doi.org/10.1159/000511527.

9. Mansilla-Vivar R, Milluzzo SM, Pesatori EV, Cesaro P, Bizzotto A, Lovera M, *et al. Endoscopic vacuum therapy for treatment of large distal anastomotic dehiscence after colorectal surgery.* Rev Gastroenterol Perú. 2024;44(3):234-238. https://doi.org/10.47892/rgp.2024.443.1704.

10. Raijman I. *Endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease.* Cir Cir. 2024.



Dilatación de estenosis de intestino delgado en Enfermedad de Crohn mediante enteroscopia

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez
Hospital San Angel Inn Patriotismo,
Ciudad de México
Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara
Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

La enteroscopia asistida por dispositivos (EAD), tanto de uno como de doble balón, es el método endoscópico de primera línea para el tratamiento no invasivo de las estenosis de intestino delgado secundaria a Enfermedad de Crohn (EC). Según la clasificación de Montreal, la EC puede tener un comportamiento 1) inflamatorio (no estenosante ni penetrante), 2) estenosante o 3) penetrante o fistulizante.

Aproximadamente, entre el 20% y 40% de los pacientes pueden desarrollar enfermedad estenosante a lo largo de diez años desde su diagnóstico, siendo la región ileocecal la más afectada hasta en la mitad de los casos. Esta zona es fácilmente alcanzada mediante colonoscopia, pero las estenosis más proximales sólo podrán tratarse con enteroscopia.

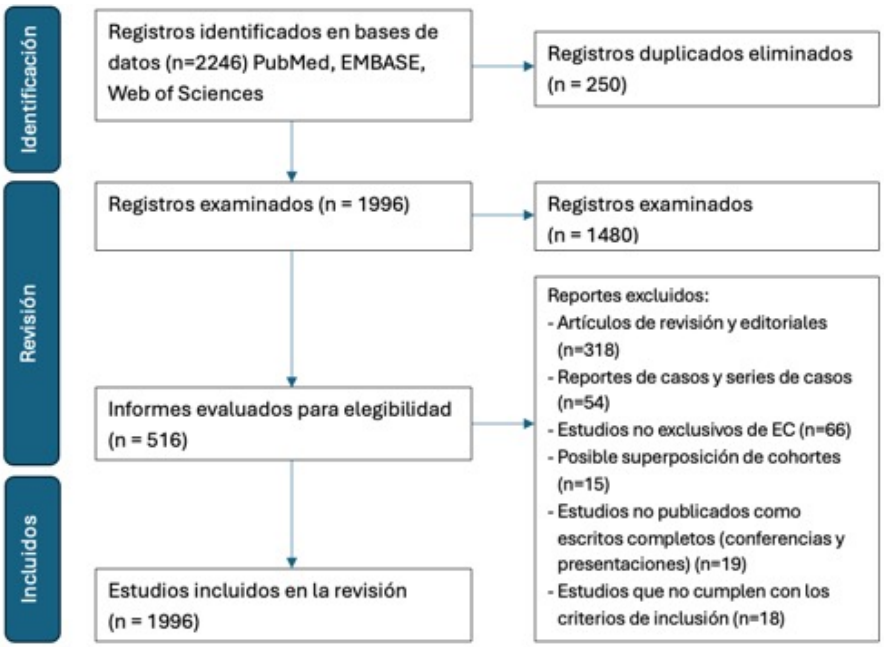


Imagen 1. Diagrama de flujo Prisma para la selección de los estudios.

Resultados	Tasa agrupada, I2 (proporciones, diferencia media); número de estudios
Éxito técnico	87.6% (82.1-91.5%); 53%; 19
Éxito clínico	69.6% (61.6-76.7%); 71%; 24
Complicaciones mayores	5.5% (3.5-8.4%); 57%; 22
Hemorragia	2.5% (1.4-4.2); 28%; 16
Perforación	2.7% (1.6-4.5%); 3%; 20
Otras complicaciones	4.2% (1.1-1.44%); 11%; 5
Léxico ASGE	
Leve	2.3% (1.5-3.4%); 0%; 26
Moderado	1.9% (1.2-2.9%), 0%; 26
Severo	2.9% (1.8-4.7%); 0%; 26
Fatal	1.2% (0.7-1%); 0%; 22

Tabla 1. Resumen de tasas agrupadas.

Moond *V et al*[1] publicaron recientemente una revisión sistemática y metaanálisis acerca de los resultados clínicos de la dilatación endoscópica mediante EAD (DE-EAD), incluyendo éxito técnico, éxito clínico, eventos adversos, tasa de dilatación repetida, tasa de recurrencia y requerimiento de cirugía en el seguimiento posterior a DE-EAD.

Después de realizar una búsqueda en las distintas bases de datos (PubMed, EMBASE, Web of Science) y tras pasar por el proceso de selección, finalmente se evaluaron 26 artículos (con un total de 1,576 pacientes) para su análisis final (Imagen 1), que incluyeron nueve estudios prospectivos y 17 retrospectivos.

El 47.7% de pacientes eran del sexo masculino, con una edad media de 44.7±15.42 años y un seguimiento de 25±14 meses. La edad al momento del diagnóstico de EC era de 28.85±2-5 años y la duración de la EC era de 13-08±2.5 años, con una localización ileal de la enfermedad (37.69%). La longitud de las estenosis era de 1.60±0.25 cm. La tasa de éxito técnico (definido como la habilidad de alcanzar y dilatar satisfactoriamente la estenosis a tratar) fue del 87.6% (95%CI 82.1-91.5;I^2=53%) y la del éxito clínico (definido como la mejoría o alivio de síntomas secundarios a la obstrucción intestinal) fue de 69.7% (95%CI 61.6-76.7;I^2=71%).

La tasa de eventos adversos se resumen en la Tabla 1. El 24.3% (95%CI 16.9-72.5; I^2=59%) presentaron recurrencia después de la primera dilatación, requiriendo dilataciones repetidas el 23.9% (95%CI 14.1-37.5%; I2=85%), mientras que el 25.3% (95%CI 11.8-46%; I2=44%) fueron sometidos a cirugía.

Estos hallazgos confirman que la EAD es una modalidad altamente efectiva para el manejo de estenosis de intestino delgado por EC y que la dilatación endoscópica es un procedimiento con un alto perfil de seguridad y una tasa de éxito clínico del 70%. Los eventos adversos leves, moderados y severos reportados fueron de 2.3%, 1.9% y 2.9% respectivamente, mientras que los fatales fueron sólo del 1.2%. Otras complicaciones incluyeron obstrucción, peritonitis localizada, pancreatitis e hiperamilasemia (4.2%).

Este reporte es el primero en hacer un metaanálisis de estudios de buena calidad metodológica, con una presentación consistente de los datos, una baja a moderada heterogeneidad y un adecuado análisis estadístico para establecer y/o refutar la

validez de los resultados. Sin duda, la DE-EAD es una alternativa menos invasiva que la cirugía, con un perfil de riesgo más bajo, menor morbilidad y mayor preservación de la integridad del intestino delgado, lo cual es más favorecedor para el paciente.

Referencias

1. Moond V, Gill VJS, Malik S, Kasture A, Parajuli S, Soni S, Chandan S, Broder A, Mohan BP, Adler D. *Endoscopic dilation of small-intestine strictures in Crohn's disease by balloon-assisted enteroscopy: a systematic review and meta-analysis.* Ann Gastroenterol. 2024 Nov-Dec;37(6):682-694. doi: 10.20524/aog.2024.0920.
2. Carme Loras, Miriam Mañosa, Xavier Andújar, Vicente Sánchiz, Marc Martí-Gallostra, Yamile Zabana, Ana Gutiérrez, Manuel Barreiro-de Acosta. *Documento de posicionamiento. Recomendaciones del grupo español de trabajo en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (GETECCU) sobre el tratamiento de la estenosis en la enfermedad de Crohn.* Gastroenterología y Hepatología, 2022; 45(4):315-334. doi: 10.1016/j.gastrohep.2021.07.001.

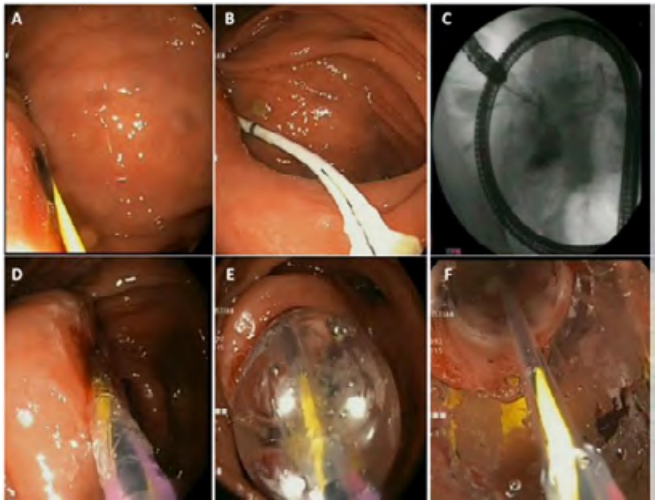


Imagen 3. Dilatación endoscópica con balón.[2]



ameg
Asociación Mexicana de Endoscopía Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.

REUNIÓN REGIONAL

EPISODIO 1 PUEBLA

Hotel Presidente InterContinental Puebla DEL 13 AL 15 DE MARZO 2025

Profesores Internacionales:



Dr. Sergio Zepeda



Dr. Isaac Raijman

Profesores Virtuales



Dr. Samy Achem



Dr. Sergio A. Sánchez-Luna



Dra. María Teresa Galiano

Coordinadores:
Dr. Aurelio López Colombo
Dr. Ángel Mario Zárate Guzmán
Dr. Gualberto Jesús Mateos Pérez

GRUPO LAHE Meeting Experts

The Cold Revolution

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

La revolución fría (*Cold Revolution*) ha llamado la atención en los últimos años. Esta se refiere al creciente interés en la resección con asa fría de pólipos, ya sea como polipectomía o como resección endoscópica de la mucosa en *piecemeal*. Aunque esta técnica es empleada como el estándar de oro para pólipos ≤10mm, aún es controversial usarla para pólipos no pediculados ≥10mm y especialmente en ≥20mm.

Los entusiastas de esta "revolución" ven bien el perfil de seguridad: menor riesgo de hemorragia, perforación, lesión mural y de síndrome pospolipectomia, aunque el talón de Aquiles sigue siendo la alta recurrencia en la colonoscopia de seguimiento. Algo importante es que la técnica es vital y pudiera explicar la variabilidad de las tasas de recurrencias en los estudios.

Un ejemplo es el de Williams y cols, cuyo trabajo publicado en *Gastrointestinal Endoscopy* (GIE) muestra su experiencia en resección endoscópica de la mucosa fría (C-EMR) en adenomas y lesiones serradas sésiles de >10mm. Sus resultados concuerdan con la literatura, reportando una recurrencia significativa en adenomas

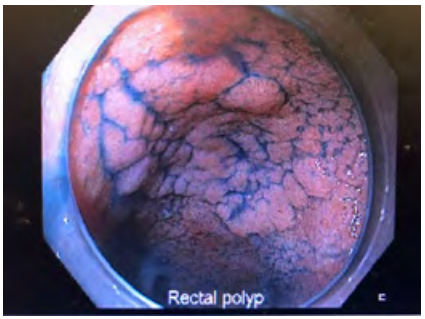


Imagen 1. Tumor de extensión lateral granular homogéneo en recto.

de >20mm, pero con un excelente perfil de seguridad.

El Dr. Rastogi de la Universidad de Kansas hace referencia a este artículo en una editorial reciente de *GIE* y, al comentar las limitaciones de este estudio, parece no estar de acuerdo con el hecho de que no se tomaron biopsias del sitio de la cicatriz en las colonoscopias subsecuentes y esto contrasta con la reciente actualización de las recomendaciones 2024 de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) para la polipectomía y resección endoscópica de la mucosa (también revisada en el número pasado de GEMA), donde se menciona que durante el seguimiento de una lesión, ya no es mandatoria la toma de biopsias y se decantan por una mejor evaluación óptica cuidadosa. Esto nos habla sobre el punto de vista diferente de cada región e, incluso, de cada centro.

Ahora veamos, ¿por qué tiene menos riesgos la resección con asa fría?

1. Dado que el cauterio no es usado, es casi imposible cortar a través de la *muscularis propria*, por lo que el riesgo de perforación es bajo.
2. Hay una limitante en el tamaño de asas frías, por lo que la cantidad de tejido que se toma no puede ser muy grande y esto limita también el riesgo de lesión muscular.
3. Al no usar cauterio, no hay coagulación y no se forma escara en los vasos sanguíneos que pudiera caerse más tarde y resultar en hemorragia pospolipectomía.
4. Sin el uso de calor, tampoco deberíamos preocuparnos como tal por un posible síndrome pospolipectomía.
5. El plano de resección es más superficial que con la resección caliente,

siendo usualmente al nivel de la *muscularis* de la mucosa; sin embargo, he aquí un arma de doble filo, que deriva al riesgo de recurrencia de la lesión, el cual es mayor en lesiones grandes y en aquellas con fibrosis.

Hablemos sobre la recurrencia de las lesiones. Esto podría ser atribuido a varias razones, una ya se expuso, que fue el grado de superficialidad en la resección fría, mientras que otra razón pudiera deberse a los puentes y/o las islas de tejido residual en la base. El hecho de no usar calor puede resultar en mayor hemorragia intraprocedimiento, lo cual provocaría una menor visibilidad, resultando en una baja detección de islas de tejido residual. Esto obliga a tener la mejor visibilidad posible, cayendo en la premisa de que la técnica es de vital importancia. Hablando más específicamente de la técnica:

- El colonoscopio debe estar en una posición estable, corta y cerca de la lesión, la cual debe ser puesta en el radio de las 6.
- La resección debe ser sistemática, empezando de un lado de la lesión y avanzando progresivamente al otro lado, en vez de hacerlo de manera aleatoria.
- En la resección *piecemeal*, las piezas son resecadas de manera secuencial,

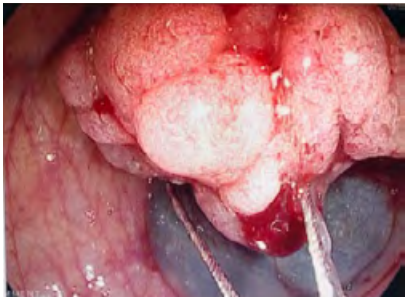


Imagen 2. Resección endoscópica de la mucosa en tumor de extensión lateral.

sobreponiendo el asa en el margen anterior y en el defecto submucoso creado, para reducir el riesgo de dejar islas de tejido residual entre las piezas resecadas.
- Remover 3-5mm de mucosa sana de los márgenes (aunque en los artículos americanos citados no se especifica el tamaño de la lesión, en las guías de la ESGE se menciona un margen de 1-2mm como suficientes en pólipos <10mm).
- Evitar atrapar mucho tejido en el asa, ya que podría dificultar el corte y requerir amputación forzada, incrementando el riesgo de tejido residual.
- Debe haber un balance entre la presión aplicada con el asa en la pared del colon para evitar una resección superficial versus atrapar mucho tejido en el asa.
- Inspección meticulosa de la base y los márgenes posterior a la resección, irrigando el agua que sea necesaria para tener mejor claridad.

Si comparamos el reciente artículo del Dr. Amit Rastogi con la última guía de la ESGE para polipectomía y resección endoscópica de la mucosa, concuerdan en que los pólipos de 10 a 19mm sin datos de histología avanzada se puede considerar tanto la resección fría como la caliente.

Otro grupo de pacientes que se beneficiarían de la resección en frío son aquellos con alto riesgo tromboembólico, cuando los agentes antitrombóticos deban ser mantenidos durante el periprocedimiento.

Aunque la revolución fría ha tomado mucha fuerza, siempre se debe individualizar el caso, considerar siempre el tipo de histología predicha por el diagnóstico óptico y considerar que aún se necesita estandarizar los algoritmos.

Referencias

1. Rastogi Amit. *Cold snare EMR of large colon polyps: does one size fit all.* Gastrointest Endosc. January 2025:101: 184-186.
2. Williams TJ, *et al. Efficacy of cold piecemeal EMR of medium to large adenomas compared with sessile serrated lesions.* Gastrointest Endosc 2025;101:178-83
3. Monika *et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society and Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline* – Updated 2024. Endoscopy 2024;56.

Retos de la endoscopia (y del endoscopista) en México. ¿Hacia dónde vamos?

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Para iniciar esta entrega, quiero retomar lo que me dejó de enseñanza leer el libro *Perfil del endoscopista mexicano*, publicado en la celebración del 50 aniversario de nuestra sociedad. Además de leer las motivantes historias de las mujeres y hombres, pilares que han forjado a nuestra asociación, hubo dos preguntas que para mí son las más valiosas: ¿qué le dirías a los endoscopistas jóvenes? y ¿cómo ves a la AMEG en 50 años? Son preguntas cuya respuesta es muy fuerte, ya que todos quisiéramos recibir un valioso consejo y, a su vez, saber a dónde nos lleva el futuro.

En la primera pregunta, enlisto los consejos más constantes:

- Ejerce esta profesión con pasión.
- Estudia mucho y mantente actualizada(o).
- Nunca dejes de aprender.
- La ética, la responsabilidad y el compromiso son tus pilares.
- Haz tu trabajo con humildad, humanidad y empatía (con la enfermedad viene el sufrimiento).
- Publica, ya que lo que no se publica, no existe.
- Disfruta tu momento.

Para la segunda pregunta, la mayoría coincidió en que ven:

- Una asociación más grande, fuerte y unida.
- La tecnología, sobre todo la Inteligencia artificial (IA) y la robótica, como el siguiente paso.
- Una endoscopia más terapéutica (por lo que va a demandar mas habilidades).
- Sin lugar a dudas, una asociación con mayor equidad.
- Mayor necesidad de fortalecer la sensación de pertenencia en los socios más jóvenes (y con esto termina el libro).

Más tecnología, más unidad, más procedimientos, más conocimientos, todo lo anterior llena el corazón de una fuerza y motivación por seguir adelante, pero todos los grandes sueños o metas tienen en su camino varios retos y uno de estos, quizá el principal, es cómo llegamos a ellos o cómo los hacemos reales.

Estas preguntas son las que quiero abordar mes con mes, para entender cómo podemos ser una mejor asociación, a dónde debemos dirigir el rumbo, cómo generamos esa sensación de pertenencia y cómo cumpliremos esos compromisos que los grandes maestros nos han encomendado.

Para esto, me haré a la tarea de hacerle estas preguntas a nuestros colegas que han hecho de la endoscopia su pasión. Me gustaría que nos compartieran a qué retos se han enfrentado, cómo se han abierto camino, qué aman de la endoscopia, en qué hemos fallado y cómo podemos ser mejores, no como algo romántico sino como el rumbo real que debemos tomar. La clave del éxito está en nosotros y sólo de nosotros depende ese éxito.

Debo admitir que no sé a dónde me llevará este tema o qué acabaré escribiendo para la última entrega, pero confío en que sea más de lo que espero y que sea mucho más para los que lo lean.

Si deseas levantar la voz a favor de nuestro arte, envía tu aportación al correo miguelherreras@gmail.com. Todo lo recibido será manejado con respeto y, si se pide, con confidencialidad.

El papel del ultrasonido endoscópico en las guías de la ESGE en el abordaje diagnóstico de las estenosis biliares

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

La estenosis biliar se define como un estrechamiento o bloqueo del sistema biliar intrahepático y/o extrahepático, con dilatación ascendente al punto de bloqueo que impide el flujo anterógrado de bilis desde el hígado hasta el intestino.

La etiología benigna más común es la estenosis por lesión iatrogénica, mientras que, dentro de las causas malignas, las más comunes son el adenocarcinoma ductal pancreático y el colangiocarcinoma.

Realizar el diagnóstico diferencial entre una estenosis benigna o maligna es de capital importancia, pero siempre representa un reto diagnóstico que inicia con la evaluación clínica, con estudios de imagen, hasta estudios invasivos como el ultrasonido endoscópico (USE), la colangiografía retrógrada endoscópica (CRE), la colangioscopia intraductal y técnicas más avanzadas como la endomicroscopía láser confocal.

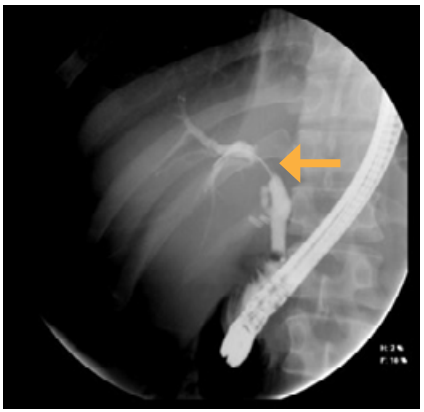


Imagen 1. Colangiografía retrógrada endoscópica que muestra una estenosis en el hilio biliar (flecha) con exclusión del conducto hepático izquierdo.

Recientemente, la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) publicó una guía del abordaje diagnóstico de la estenosis biliar y hace ocho recomendaciones, destacando cuatro principales, las cuales se enfocan en adquisición de tejido para diagnóstico.

En el caso de estenosis distal del conducto biliar principal, la guía destaca la combinación de adquisición de tejido guiado por ultrasonido endoscópico (USE-AT) y mediante colangiografía retrógrada endoscópica (CRE-AT) en pacientes con ictericia y estenosis distal del conducto biliar extrahepático en ausencia de tumor pancreático, este es el único apartado con grado de recomendación fuerte y una calidad de evidencia moderada.

El abordaje combinado surgió debido a que la modalidad inicial de muestreo suele ser la CRE-AT, es decir, por citología con cepillado transpapilar y biopsias

intraductales posesfinterotomía guiadas por fluoroscopia, las cuales cuentan con una baja sensibilidad del 45% y el 48%, respectivamente; incluso si se combinan, la sensibilidad no es mayor del 60%.

La USE-AT ha mejorado esta cifra, con una sensibilidad de alrededor del 83% para estenosis distales, la cual disminuye significativamente para las neoplasias perihiliares; sin embargo, cobra gran relevancia cuando el paciente no tiene ictericia, situación en la cual la CRE-TA debe evitarse.

Por otro lado, la evidencia en la literatura muestra que el ultrasonido endoscópico es particularmente útil para detectar neoplasias de incluso 5 mm de diámetro, o bien, un engrosamiento mayor de 3 mm de la pared del conducto biliar distal, superando así a la tomografía computada o a la resonancia magnética. Asimismo, se puede etapificar y acceder a nódulos linfáticos o metástasis hepáticas.

La mayor importancia radica en que la precisión diagnóstica en estenosis biliares distales con ambas modalidades combinadas es de entre el 93 y el 98%, comparada con un 76-94% cuando sólo se usa la USE-TA y 55%-81% con la CRE-TA.

Estos resultados derivan principalmente de tres estudios. El primero fue realizado en Corea del Sur por Jo J.H y

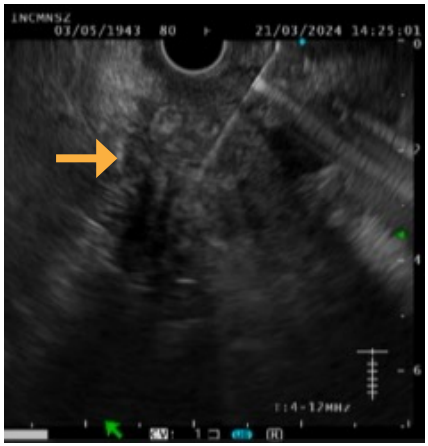


Imagen 2. Biopsia con aguja (flecha) guiada por ultrasonido endoscópico de la neoplasia del hilio biliar.

colaboradores, quienes, en un estudio retrospectivo multicéntrico, reunieron 263 pacientes entre 2012 y 2016, que fueron llevados en la misma sesión a USE-AT y CRE-AT, mostrando la superioridad de esta combinación con respecto a cada uno por separado; sin embargo, en pacientes con neoplasias mayores de 4 cm en la porción distal del conducto biliar principal no hubo diferencia significativa al combinar ambas modalidades diagnósticas comparado a sólo usar USE-AT.

Los otros dos estudios fueron, uno prospectivo de De Moura y colaboradores con 50 pacientes y el otro, también prospectivo en Irán, con 60 pacientes que mostraron resultados similares. Los eventos adversos para USE-AT fueron del 1%, siendo la mayoría leves y autolimitados.

Otra recomendación de la guía es realizar el USE en la misma sesión que la CRE, ya que, como antes se mostró, incrementa la precisión diagnóstica en estenosis distales del conducto biliar principal, disminuye el número de procedimientos anestésicos a pesar de mantener una sedación más larga y reduce los costos económicos.

Otra ventaja cuando el USE se realiza primero es que es posible prescindir de la CRE, esto es porque los hallazgos del USE funcionan como un mapa para trazar la anatomía de la vía biliar obstruida, modifica el diagnóstico inicial y guía los procedimientos terapéuticos; al evitar la realización de una CRE se puede impactar con beneficios económicos y ambientales, reduciendo la huella de carbono.

En el caso de pacientes con sospecha de estenosis biliar con dilatación del conducto biliar común, pero sin alteraciones de laboratorio, se recomienda realizar USE, este escenario ocurre más frecuentemente debido al uso generalizado de métodos de imagen de alta resolución.

Se ha descrito entre un 6% a 35% de anormalidades benignas encontradas en

el USE, principalmente coledocolitiasis y rara vez un componente maligno en un 0%-5% principalmente tumores ampulares o pancreáticos. El panel apoyó el uso del USE en este contexto a pesar de que las condiciones neoplásicas son muy raras, sin embargo, se debe usar el juicio clínico en cada paciente.

Por otro lado, en el caso de las estenosis perihiliares, si no es posible establecer el diagnóstico mediante CRE-AT con cepillado y biopsia intraductal guiado por fluoroscopia, se sugiere el uso de USE-AT, siempre y cuando la resección curativa no sea posible o exista un plan de trasplante de hígado por el riesgo de siembra de células neoplásicas en el trayecto de la punción.

Es importante destacar que la sensibilidad y el valor predictivo negativo de la USE-AT en estenosis perihiliares disminuye significativamente a 56% y 33% respectivamente comparado a la precisión diagnóstica en estenosis biliares distales como antes ya fue citado. La USE-AT para colangiocarcinoma perihiliar se considera una contraindicación si existe el plan futuro de realizar un trasplante hepático; sin embargo, hay poca evidencia sobre el riesgo de siembra peritoneal en este escenario. En un metaanálisis del autor principal de estas guías, publicado en 2022, la tasa agrupada de siembra posterior a la USE-AT fue del 0.3%, en otros estudios la siembra parece ser más frecuente en abordajes percutáneos que en la biopsia guiada por USE.

Aunque nos enfocamos en el papel del USE, otras recomendaciones de la guía incluyen no realizar marcadores tumorales como único método de estudio para distinguir entre una causa benigna o maligna de la estenosis biliar.

La guía también destaca el uso de la resonancia magnética y colangiografía por resonancia magnética sobre tomografía computada contrastada para discernir entre causa de obstrucción benigna o maligna en un escenario de ictericia y evidencia de colestasis.

La ESGE sugiere la combinación de citología por cepillado junto con las biopsias intraductales guiadas por fluoroscopia, siempre que sea factible en estenosis perihiliares, ya que aumenta en un 20% el rendimiento diagnóstico en comparación con hacer la citología sola, si bien como es conocido realizar biopsias intraductales guiadas por fluoroscopia es técnicamente demandante.

La última recomendación de la guía destaca usar las modalidades de diagnóstico estándar de la CRE en la colangiografía índice y, en caso de estenosis indeterminadas, se sugiere tomar biopsias guiadas por colangioscopia.

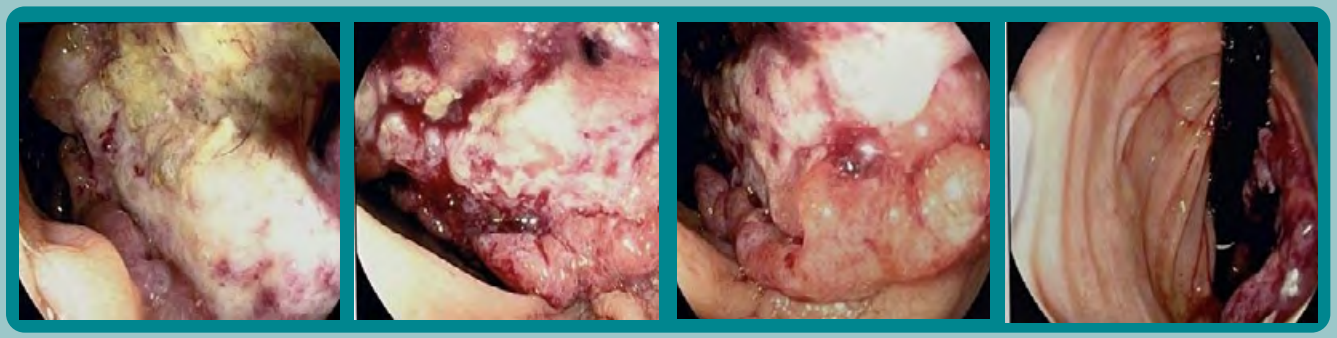
Es importante subrayar que la mayoría de las recomendaciones están basadas en evidencia de baja calidad debido a la falta de estudios prospectivos y estudios aleatorizados.

Referencias

1. Facciorusso A, Crino SF, Gkolfakis P y cols. *Diagnostic work-up of bile duct strictures: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.* Endoscopy 2024, 10.1055/a-2481-7048
2. Jo JH, Cho CM, Jun JH y cols. *Same-session endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration and endoscopic retrograde cholangiopancreatography-based tissue sampling in suspected malignant biliary obstruction: A multicenter experience.* J Gastroenterol Hepatol 2019;34:799-805
3. Moura DTH, de Moura EGH, Matuguma SE y cols. *EUS-FNA versus ERCP for tissue diagnosis of suspect malignant biliary strictures: a prospective comparative study.* Endosc Int Open 2018;6:E769-E777
4. Sobhrakhshankhah E, Sohrabi M, Morouzi HR y cols. *Tissue sampling through endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration versus endoscopic retrograde cholangiopancreatographic brushing cytology technique in suspicious malignant biliary stricture.* Middle East J Dig Dis 2021;13:294-301
5. Facciorusso A, Crino SF, Gkolfakis y cols. *Needle tract seeding after endoscopic ultrasound tissue acquisition of pancreatic lesions: a systematic review and meta-analysis.* Diagnostics (Basel) 2022;12(9):2113

STDB, causa poco habitual

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros



Mujer de 49 años de edad, sin antecedentes relevantes a comentar, sana, inició con sangrado uterino anormal y rectorragia. Fue abordada por su ginecólogo por dolor abdominal pélvico, diagnosticada por ultrasonido abdominal con absceso en hueco pélvico y líquido en fondo de saco con una imagen posterior al útero no determinada. Se realizó cirugía laparoscópica drenando el absceso; sin embargo, persistiendo con rectorragia.

Se realizó tomografía contrastada mostrando engrosamiento mural y focal del recto-sigmoides, ademas de adenomegalias inguinales, con diagnóstico de proceso inflamatorio secundario a la cirugía ginecológica por parte de sus médicos.

Los marcadores tumorales CA-125 y antígeno carcinoembrionario fueron normales. Se realizó colonoscopia con toma de biopsias encontrando una lesión tumoral a 22 cms del margen anal, ulcerada, de 10 cms de longitud, involucrando el 70% de la luz. Diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasor.

Nuestra práctica clínica se debe centrar en las siguientes bases: una adecuada historia clínica, interrogatorio de síntomas y exploración física. Esta paciente se tuvo que someter a dos cirugías distintas posterior al primer contacto con su ginecólogo. En colonoscopias posteriores ha presentado más de seis adenomas tubulares resecados, todos con displasia de bajo grado.

Es fundamental el escrutinio de cáncer de colon por colonoscopia a partir de los 45 años de edad, realizar colonoscopias completas y apegarnos a los indicadores de calidad establecidos.

Referencias

1. Surg Oncol Clin N Am. 2022 Apr;31(2):127141.

Isotretinoína y riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal

Dr. Sergio Enrique Leal Osuna
Dermatología, tricología, dermato-oncología y cirugía dermatológica

La isotretinoína es un medicamento muy utilizado por dermatólogos. Aunque la indicación más conocida es para el tratamiento de acné moderado a severo, tiene múltiples indicaciones médicas y distintos esquemas de tratamiento que van desde una dosis semanal (microdosis) hasta esquemas completos de acuerdo con el peso del paciente.

Lo más conocido por la población médica acerca de este medicamento son sus efectos secundarios, los cuales tienden a exagerarse a pesar de la creciente evidencia médica que desmitifica lo pensado. Se ha mencionado una posible relación entre la ingesta de isotretinoína y el empeoramiento o aparición de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero esta correlación se debe principalmente a reportes de casos, siendo más asociado a colitis ulcerosa.

Sin embargo, investigaciones más recientes han arrojado resultados mixtos. Algunos estudios han sugerido una posible asociación entre el uso de isotretinoína y un aumento en el riesgo de desarrollar EII, mientras que otros no han encontrado evidencia sólida que respalde esta conexión. Incluso, hay estudios que sugieren una disminución del riesgo de desarrollo Enfermedad de Crohn (EC).

Varios análisis más amplios y revisiones sistemáticas han concluido que no hay una suficiente evidencia para establecer una relación causal directa entre el uso de isotretinoína y el desarrollo o empeoramiento de EII.

La recomendación es indagar antecedentes de EII si se está considerando el uso de isotretinoína y vigilar la aparición de sintomatología, aunque el antecedente no se considera contraindicación para iniciar tratamiento.

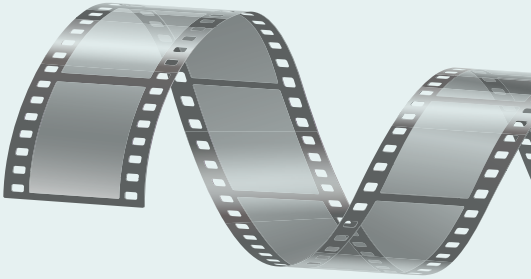
Referencias

1. Am J Clin Dermatol. 2023 Sep;24(5):721-730.
2. Cureus. 2022 Oct 2;14(10):e29825.



Contacto
Skin & Hair Clinic
Homero 1339-401,
Col. Polanco, Ciudad de México
Teléfono: 55-8372-3676
Instagram: dr.sergio.leal


ameg
Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.
ECOS
ENDOSCÓPICOS
INTERNACIONALES
JULIO 17 AL 19 2025
HOSPITAL
ESPAÑOL
DE MÉXICO



La habitación de al lado

Un relato de eutanasia

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Protagonizada por Julianne Moore y Tilda Swinton, escrita y dirigida por Pedro Almodóvar, *La habitación de al lado* es una película de 2024 que narra la historia de Martha, una periodista que ha estado cubriendo guerras durante toda su vida a costa de sacrificar la suya, especialmente al no haber estado presente en la vida de su hija.

Martha es diagnosticada con cáncer cervicouterino terminal y se le propone un tratamiento experimental, el cual acepta. Durante su estancia en el hospital se reencuentra con su amiga Ingrid, escritora famosa, con quien reconecta lazos rápidamente.

En este nuevo resurgimiento de la amistad, el tratamiento de Martha no da resultados y ella se quiebra en la desesperación de que toda su vida ha estado en zona de guerra, pero sintiéndose con un propósito y, sobre todo, acompañada por los otros reporteros que le dan seguridad; se refiere al cáncer como su última guerra y desea lo mismo.

Es en este ambiente que Martha le pide a Ingrid que la acompañe a una cabaña al bosque. Su plan: conseguir una píldora de eutanasia y tomarla en algún momento de su estancia en ese lugar, pero desea que Ingrid esté en la habitación de al lado para pasar unos buenos últimos días. Su amiga titubea al inicio, pero finalmente acepta.

Juntas pasan buenos y malos momentos, algunos de desesperación y ansiedad, pero los sobrellevan juntas. Se cuentan sus historias de vida e Ingrid promete que escribiría acerca de la vida de Martha. El desenlace es el esperado, con Martha dejando todo previsto para que Ingrid no se encuentre en problemas legales.

Las actuaciones son, sin lugar a dudas, lo mejor de la película, con cada actriz transmitiendo el sentimiento real de la situación que atraviesa. A mi parecer, los diálogos llegan a ser muy profundos, metafóricos y largos como para ser parte de una charla cotidiana; sin embargo, se acoplan bien a la historia y literalmente te explican la escena y su trasfondo.

Una buena historia de un tema que, si bien no es novedoso, nunca son suficientes las historias y puntos de vista; de todos podemos aprender y forjarnos nuestra propia opinión.

Seguro estará en breve disponible en servicios de *streaming* y no requiere de la experiencia del cine, pero sí se debe de ver tranquila y relajadamente porque el tema lo amerita y tiene momentos sensibles.



ameg
Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.

LII

REUNIÓN NACIONAL DE
ENDOSCOPÍA GASTROINTESTINAL

sede
Centro Internacional
de Convenciones
Puerto Vallarta, Jal., MX

13 al 17 septiembre 2025



@ameg.mexico
@ameg.mexico
@AmegMexico

GRUPO LAHE Meeting Experts