MAYO DE 2025 • N. 56 • AÑO VI

gema

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Estenosis benigna por síndrome de compresión extrínseca secundaria

Tips & tricks para extracción de prótesis biliares migradas proximalmente

Medidas de rendimiento para la endoscopia del intestino delgado. Guía de la ESGE: actualización 2025

Muestreo de tejido guiado por USE. Revisión técnica y tecnológica ESGE. Parte 2



Terapia dirigida RDI.

3 MENSAJE EDITORIAL
Dra. Yolanda Zamorano Orozco

5 ENDOSCOPIG

6 PERFILES
Conoce a nuestros socios del país
Dr. Raúl Uvaldo Aguilar Moreno / Dra. Coty González Fernández

8 CARTA DE EXPRESIDENTE DE LA AMEG
Mi gestión en pandemia COVID
Dr. Héctor Espino Cortés

11 HOBBIES DE NUESTROS SOCIOS
El cubo Rubik
Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

12 CALIDAD EN ENDOSCOPIA
Control de calidad en la toma de biopsias intestinales y colónicas
Dra. Mónica Reyes Bastidas

14 EN VÍA BILIAR
***Tips & tricks* para extracción de prótesis biliares migradas proximalmente**
Dr. Jony Cerna Cardona

17 ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
Estenosis benigna por síndrome de compresión extrínseca secundaria
Dr. José Miguel Espinosa González / Dr. Rogelio Jair Báez Lara /
Dra. María Fernanda Del Río Huerta

21 EN INTESTINO DELGADO
Medidas de rendimiento para la endoscopia del intestino delgado.
Guía de la ESGE: actualización 2025
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara /
Dra. Margarita Fosado Gayosso

26 RETOS DE LA ENDOSCOPIA
Cuando las fronteras no son un obstáculo
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

31 EN ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO
Muestreo de tejido guiado por USE. Revisión técnica y tecnológica ESGE. Parte 2
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna / Dra. Lucía Vásquez Sánchez

36 IMAGEN / CASO DEL MES
Imagen de várice sobre várice
Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena / Dr. Jaime Eduardo Ruiz Ballesteros / Dr. César Fermín Cervantes Viloria

37 MITOS EN MEDICINA
¿Es buena idea retirar el ácido acetilsalicílico en el sangrado de tubo digestivo?
Dr. Josué Sarabia Salinas

39 MEDI-CINE
Gol gana
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

gema

DIRECTORIO

Presidente 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. Raúl Uvaldo Aguilar Moreno
Dr. Rogelio Jair Báez Lara
Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara
Dr. Jony Cerna Cardona
Dr. César Fermín Cervantes Viloria
Dra. María Fernanda Del Río Huerta
Dr. Héctor Espino Cortés
Dr. José Miguel Espinosa González
Dra. Margarita Fosado Gayosso
Dra. Coty González Fernández
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín
Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna
Dra. Mónica Reyes Bastidas
Dr. Jaime Eduardo Ruiz Ballesteros
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez
Dr. Josué Sarabia Salinas
Dr. Omar Edel Trujillo Benavides
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

GEMA es una publicación mensual de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C.

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

Queridos socios:



Esta vez les quiero compartir que, dentro del evento Digestive Disease Week (DDW) 2025 en San Diego, California, tuvimos el honor de formar parte de las actividades académicas con el Simposio AMEG-ASGE, donde estuve como coordinadora junto con el Dr. Ángel Andrés Reyes Dorantes y la excelente participación de nuestros socios, la Dra. Alejandra Noble Lugo, el Dr. Omar Edel Trujillo Benavides, el Dr. Ariosto H. Hernández Lara y el Dr. Jony Cerna Cardona. Con mucho orgullo, les puedo decir que ¡fue todo un éxito con una audiencia de más de 130 asistentes de distintos países de Latinoamérica como El Salvador, Guatemala, Argentina, Brasil y Honduras!

Todo esto conlleva al impacto académico que ustedes podrán disfrutar en nuestro evento ECOS Endoscópicos Internacionales 2025, que se llevará a cabo del 17 al 19 de julio próximo.

Aprovecho también para recordarles de nuestra Sesión Mensual que se llevará a cabo el día 8 de mayo, a las 20:00 horas, con nuestro invitado internacional, el profesor Dr. Mohamed Othman, y con el profesor nacional, Dr. Ariosto H. Hernández Lara, con el tema "Perfil del endoscopista del tercer espacio: Curva de aprendizaje para llegar a ser experto".

De igual manera, los invito a participar en nuestros cursos Líder LIEEG del mes de mayo: Neurogastroenterología y motilidad gastrointestinal del 7 al 12 de mayo en su modalidad virtual, con la participación de los profesores internacionales Dra. Elizabeth Barba, Dr. John Erik Pandolfino y Dr. Ronnie Fass; el 16 y 17 de mayo en la modalidad presencial; así como el de Cápsula Endoscópica avanzada del 19 al 24 de mayo en modalidad virtual, y el 30 y 31 de mayo en modo presencial en Casa AMEG.

Y cada vez estamos más cerca de nuestra siguiente Reunión Regional en el bello estado de San Luis Potosí, este 6 y 7 junio. No olvides ponerlo en tu agenda.

Continuamos invitando a todos nuestros socios a colaborar en la Videoteca de nuestra página AMEG, así como en nuestra renovada revista Endoscopia para enriquecer el acervo digital y editorial.

Les envío un saludo cordial y un fuerte abrazo.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco
Presidente AMEG
"Liderazgo, inclusión e innovación"

NUEVO

Tiazopir®

menos dosis, mayor acción

Dexrabeprazol es el isómero R+ de Rabeprazol

Es un inhibidor de la bomba de protones (inhibición especifica de la enzima H^+K^+ATPasa)



- **Úlcera** gástrica
- **Úlcera duodenal** activa
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico **(ERGE)** sintomática erosiva o ulcerativa [1]

Dosis:
1 tableta de liberación retardada de 10 mg
1 vez al día

Revisar IPP:

TIAZO-01A-24
NO. DE ENTRADA: 2511032002C00002

BIBLIOGRAFÍA:
1. Abdo-Francis JM, Cabrera-Álvarez G, Martínez-Torres H, Remes-Troche JM. Efficacy and safety comparative study of dexrabeprazole vs. esomeprazole for the treatment of gastroesophageal reflux disease. Gac Med Mex. 2022;158(6):423–429. English. doi: 10.24875/GMMM.22000722. PMID: 36657136
2. Pai V, Pai N. Randomized, double-blind, comparative study of dexrabeprazole 10 mg versus rabeprazole 20 mg in the treatment of gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol. 2007 Aug 14;13(30):4100-2. doi: 10.3748/wjg.v13.i30.4100. PMID: 17696229; PMCID: PMC4205312.

Cetus®

Senosiain®

Aplicaciones de la enteroscopia asistida por dispositivos

- La evaluación endoscópica del intestino delgado puede ser retadora por su longitud, su naturaleza tortuosa y la movilidad dentro de la cavidad peritoneal.
- La enteroscopia asistida por dispositivos puede ser clasificada en: enteroscopia asistida por balón, la cual se subdivide en doble balón, monobalón y guiada por catéter balón (enteroscopia *on-demand*); enteroscopia asistida por sobretubo rotable, la cual consiste en enteroscopia espiral; y enteroscopia en espiral motorizada, que ya no disponible en el mercado por sus altos eventos adversos.
- La inserción máxima anterógrada se ha registrado con la enteroscopia de doble balón, que va de 220 a 360 cm, mientras que en el caso de la inserción retrograda es equiparable la enteroscopia de doble balón (124-183 cm) y la enteroscopia en espiral (78-250 cm).
- Aún no hay un consenso establecido para la preparación intestinal para la enteroscopia anterógrada, sin embargo, la mayoría de expertos sugieren ayuno para sólidos de 8 a 12 horas y para líquidos de 4 a 6 horas. Intraprocedimiento se puede administrar agentes antiespuma como la simeticona. Para la enteroscopia retrógrada es la misma que para la colonoscopia.
- Las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas incluyen hemorragia gastrointestinal, tumores de intestino delgado, Enfermedad de Crohn, Enfermedad Celiaca, retiro de cuerpo extraño, colocación de yeyunostomía y CPRE en anatomía modificada.



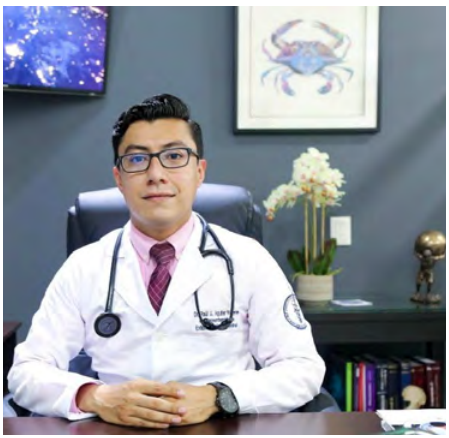
¿Quieres saber más?

- Kadkhodayan K., Irani S. *Clinical applications of device-assisted enteroscopy: a comprehensive review.* Gastrointestinal Endoscopy. 2025. Vol 101, issue 5,950-964
- Te invitamos al Simposio ASGE-AMEG que se llevará a cabo durante la DDW 2025 en San Diego, California, del 2 al 6 de mayo de 2025.

Síguenos: @endosco_pig

Conoce a nuestros socios del país

Dr. Raúl Uvaldo Aguilar Moreno



Soy el Dr. Raúl Uvaldo Aguilar Moreno, originario de Chiapas, médico especialista en gastroenterología y endoscopia gastrointestinal, comprometido con el ejercicio de mi profesión y con altos deseos de superación profesional.

Mi formación académica la llevé a cabo en la Ciudad de México, realizando la especialidad de gastroenterología en el Hospital Juárez de México y posteriormente la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal en el Instituto Nacional de Cancerología, donde obtuve los conocimientos necesarios para ejercer como endoscopista gastrointestinal con un enfoque en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas oncológicas, con la implementación del uso de nuevas tecnologías de diagnóstico, así como la realización de procedimientos endoscópicos para pacientes con sangrado de tubo digestivo, resección de lesiones esofágicas, gástricas y de colon, colocación de prótesis metálicas, realización de CPRE para el manejo de las diferentes patologías biliares, etcétera. Durante la residencia de endoscopia tuve la oportunidad de realizar una rotación en el Hospital Das Clinicas en São Paulo, Brasil, complementando mi formación profesional.

Actualmente me desempeño en el ámbito privado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, llevando a cabo estudios endoscópicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, enfocándome en gran medida en la prevención y tratamiento de padecimientos oncológicos, lo que me ha permitido ofrecer a mis pacientes un tratamiento integral de las enfermedades digestivas que los aquejan con el profesionalismo que me caracteriza, poniendo a su alcance las nuevas tecnologías endoscópicas, con la satisfacción de poder ayudar con un granito de arena y mejorar día con día la salud digestiva de la población de mi estado.

Contacto

Clínica Médica Ceiba 1793, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Teléfono: 5580101125
Consejo de Gastroenterología: 2806
Consejo de Endoscopia: 3162
Pagina Web: www.gastroraulaguilar.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Dra. Coty González Fernández

Mi nombre es Coty González Fernández, soy originaria de Tijuana y soy médico egresada de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC) campus Tijuana. Me gradué de la especialidad de gastroenterología del Hospital Español de México.

Realicé mi alta especialidad de endoscopia gastrointestinal en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, concluyendo mis estudios de residencia en el año 2016.

Soy miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), de la Sociedad de Gastroenterología de Baja California y de la American Gastroenterological Association (AGA). Cuento con certificación vigente por el Consejo Mexicano de Gastroenterología para gastroenterología y endoscopia gastrointestinal.

He participado como profesor para la materia de gastroenterología para estudiantes de medicina, médicos internos de pregrado y residentes de medicina interna del Hospital General de Tijuana.

En octubre de 2024, acudí al curso impartido por la Cleveland Clinic Advanced Endoscopy Course (CADEC) con el propósito de actualizar técnicas de endosutura, procedimiento TORe y gastrosplastías endoscópicas.

Actualmente me encuentro laborando en Hospital Ángeles Tijuana como adscrito del servicio de gastroenterología y en el Hospital SIMMSA Internacional.



Contacto

Hospital Ángeles Tijuana, Torre de consultorios
piso 6 - suite 603
Tel. consultorio: (664) 635-1892 y (663) 118-0995
CP: 5738132
CE: 8567064
Consejo Gastroenterología: 2359
Consejo Endoscopia: 2569
Correo: dra.cotygonzalez@gmail.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Mi gestión en pandemia COVID

Dr. Héctor Espino Cortés
Expresidente AMEG 2020-2021



Tuve el honor de presidir el consejo directivo de nuestra asociación en la gestión 2020-2021, durante los difíciles años de la pandemia por SARS COV 2, la cual impidió cumplir con todo lo que me había propuesto cuando fui electo, específicamente con los talleres y cursos presenciales.

Otro problema fue que estuve incapacitado casi la mitad del tiempo de la presidencia debido a COVID grave, con complicaciones que requirieron cirugías y secuelas que me retiraron del ejercicio médico. Considero que sobreviví, entre otras cosas, por el apoyo que recibí con las oraciones, mensajes, videos, etcétera, de tantos amigos, compañeros y familiares a quienes nunca terminaré de agradecerles.

Fue una gran satisfacción cuando el Dr. Javier Elizondo, nuestro querido expresidente fundador, comentó que, a pesar del menor tiempo en que estuve al frente, se lograron muchos beneficios para nuestra asociación. Si es así, fue por el gran trabajo de los integrantes de la mesa directiva, por la participación de socios en los comités, por los coordinadores, los profesores nacionales y extranjeros de los cursos, de las sesiones mensuales propuestas por los grupos de interés en ciertas áreas de endoscopia, de ECOS etcétera, que se transmitieron por la plataforma, por el apoyo de la industria y la entusiasta dedicación de la administradora y trabajadores de Casa AMEG.

Gracias a la participación de todos ellos se cumplieron con todos los eventos programados e, incluso, otros adicionales, como la sesión extraordinaria sobre metodología de la investigación, así como los cursos de endoscopia en enfermedad inflamatoria intestinal y el de detección y tratamiento de lesiones incipientes.

También se logró el apoyo del Centro de Adiestramiento e Investigación Clínica del CMN Siglo XXI del IMSS, para dar becas a residentes seleccionados por los profesores de endoscopia de diferentes hospitales y así elaborar mejores trabajos de investigación.

En asambleas extraordinarias virtuales se aprobaron nuevos estatutos. Uno fue la inclusión de residentes de cursos de alta especialidad en endoscopia como socios en entrenamiento, lo que les permite asistir a las sesiones, cursos y congresos sin costo.

También se adicionó el cargo de segundo vicepresidente con dos propósitos: por si alguien no pudiese continuar en el cargo de presidente o vicepresidente, por algún problema de salud como el que padecí o de otra índole. También consideramos que permanecer dos años en el consejo antes de ocupar la presidencia le permite obtener conocimiento en la función y dirección de ésta, participar en las actividades y dar continuidad a proyectos a largo plazo.

La reunión de endoscopia se programó del 15 al 19 de septiembre de 2021 en Acapulco, Guerrero, en un formato tanto presencial como virtual, que fue uno de los primeros congresos en modalidad híbrida.

Se organizó meticulosamente con todas las precauciones necesarias, entre otras, un aforo limitado, solicitar a los asistentes el certificado de vacunación para COVID-19, pruebas rápidas durante el evento, sanitización frecuente, medición de CO_2, etcétera. Con la ayuda de socios organizadores locales se tuvo el apoyo de las autoridades estatales y del complejo hotelero, con facilidades para asistir a la reunión en la que por fin podríamos ver directamente a nuestros amigos después de dos años.

Como si no bastara con la pandemia que afectó al mundo, la naturaleza nos agregó otro reto: el 7 de septiembre hubo un sismo que afectó principalmente a Acapulco y que dañó considerablemente el moderno hotel con centro de convenciones donde se haría la Reunión Nacional, lo que impidió hacerlo en ese lugar.

Consideramos varias opciones: hacer el evento solamente virtual (no híbrido), diferir la reunión por lo menos un mes



y, finalmente, consideramos aceptar el cambio a otro hotel del mismo grupo que estaba en mejores condiciones y fue posible cumplir con lo programado.

Por la pandemia disminuyeron hasta un 90% las endoscopias programadas y las urgentes fueron realizadas por médicos adscritos, por lo cual hubo una capacitación incompleta de los médicos residentes, sin haber realizado el mínimo de procedimientos necesarios. Tratando de paliar estos efectos de la pandemia, previmos aumentar los talleres para la práctica en modelos biológicos ex vivo para mejorar la enseñanza de procedimientos bajo la orientación y supervisión por profesores expertos.

Para esto, gestionamos el apoyo de Olympus Grants, exponiendo nuestras planes y necesidades. Los directivos de esa gran empresa, sensibilizados por la situación en que se encontraba la enseñanza de la endoscopia, donaron torres con panendos, colonos y duodenoscopios de última generación, que permitirían a los socios de AMEG capacitarse en el uso de tecnología de punta. También aportó recursos económicos que, sumados a los de la asociación, permitieron la remodelación de la Casa AMEG y la construcción de un aula y un amplio espacio para el Laboratorio de Innovación y Entrenamiento Endoscópico Gastrointestinal (LIEEG), completamente equipado. Considero que esta fue la mayor aportación del Consejo Directivo de nuestra gestión.

En verdad, fue para mí una experiencia memorable presidir nuestra querida AMEG. Reitero mi gratitud a los amigos y compañeros con los que hicimos un gran equipo, a los socios y a todos los que participaron para que la asociación superara esos tiempos difíciles.

Ahora, cuando ya no puedo continuar practicando endoscopias por las condiciones en que me dejaron las secuelas de la afección que tuve, que me obligaron a cambiar mi forma de vida, veo con alegría que los endoscopistas jóvenes —muchos con los que conviví— participan con entusiasmo en el engrandecimiento de nuestra asociación. Aunque hubiera querido hacer más, quedo con la satisfacción de haber contribuido en algo a ese engrandecimiento. Reciban un abrazo.



El cubo Rubik

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides



El cubo Rubik es un rompecabezas mecánico inventado por el arquitecto húngaro Ernő Rubik en 1974. Su objetivo original era enseñar conceptos de geometría tridimensional, pero se popularizó como juguete y pronto se convirtió en un fenómeno global en la década de los ochenta.

Su diseño estándar consiste en seis caras, cada una de un color diferente: blanco, rojo, azul, naranja, verde y amarillo. Está compuesto por 26 piezas móviles que forman un cubo 3x3x3. El objetivo es reorganizar los colores para que cada cara tenga un color uniforme.

Existen muchas variantes del cubo estándar, que incluyen versiones con un menor o un mayor número de piezas: 2x2x2, una versión más simple, ideal para principiantes; 4x4x4, también conocido como "La venganza de Rubik"; 5x5x5 y superiores. Cada nivel extra aumenta la complejidad. Además, hay variantes con formas y temas diversos como cubos en forma de pirámides, frutas, personajes de caricatura, dodecaedros (Megaminx) y diseños temáticos.

Hay varios métodos para resolverlo. Los más comunes son el método de capas para principiantes, que resuelve el cubo capa por capa; el CFOP (Método Fridrich), utilizado por los *speedcubers* al ser más avanzado y rápido; y otros métodos menos populares, como Roux, ZZ y Petrus.

El *speedcubing* se refiere a la práctica de resolver cubos Rubik lo más rápido posible. Existen competiciones oficiales reguladas por la World Cube Association (WCA). Los récords mundiales para el cubo 3x3x3 están por debajo de los cuatro segundos.

El cubo Rubik tiene 43 trillones de combinaciones posibles, pero todas pueden ser resueltas en 20 movimientos o menos. Este cubo ha inspirado aplicaciones en matemáticas, ingeniería y programación. Su popularidad ha llevado a la creación de versiones digitales y coleccionables.

Gracias a los regalos de amigos muy queridos, en mi colección actualmente tengo 65 cubos Rubik, entre mis favoritos se encuentran las variantes Camaleón, Mirror, Floppy, Twist, Siamés, Pyraminx Dúo, Phanthom, Floppy twister y Cubo Lego.

Conozco el método para principiantes y puedo resolver el cubo capa por capa en uno a dos minutos. Aunque no me interesa el *speedcubing*, para mí resolver el cubo Rubik es una actividad muy relajante.

Control de calidad en la toma de biopsias intestinales y colónicas

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Enfermedad celiaca

Las recomendaciones que se llevan a cabo en esta enfermedad están basadas en opiniones de experto, así como de la literatura emergente. Se piensa que la toma de biopsias múltiples ayuda al muestreo inadecuado ocasionado por la naturaleza en parches de la enfermedad. La enfermedad celiaca puede estar localizada en el bulbo duodenal. Se recomienda tomar de cuatro a seis biopsias con pinza estándar en el bulbo duodenal y duodeno distal. El hallazgo diagnóstico clave es la linfocitosis intraepitelial.

Colitis microscópica

No existe un consenso para la toma de biopsias en esta enfermedad. La distribución en parche de la colitis microscópica requiere que se tomen biopsias del colon derecho y transverso, además del izquierdo. Existen dos estrategias descritas en la Tabla 1.

Enfermedad inflamatoria intestinal

Los protocolos de toma de biopsias para diagnosticar y estadificar a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se basan en consensos de expertos, series de casos, casos y controles, estudios de cohortes y prospectivos. Por lo menos deben tomarse dos biopsias de cinco sitios que incluyan al íleon y recto.

Se deben tomar tanto de mucosa normal como con patología. Las biopsias deben colocarse en diferentes frascos para poder estadificar de acuerdo con la extensión y severidad de la enfermedad.

Se puede alcanzar un mayor índice de detección de granulomas cuando las biopsias se toman de los bordes de las úlceras y erosiones aftosas. Si se sospecha de Enfermedad inflamatoria Intestinal (EII) del tracto digestivo superior, por lo menos deben tomarse dos biopsias del esófago, estómago y duodeno.

Se recomienda la vigilancia para cáncer colorrectal para pacientes con EII de larga evolución. Los estudios recientes indican que la mayoría de las displasias fácilmente pueden reconocerse con endoscopia. Al realizar la colonoscopia, toda la lesión sospechosa debe ser biopsiada de modo dirigido con cromoendoscopia utilizando azul de metileno o índigo carmín.

En pacientes con pancolitis, las biopsias deben tomarse en los cuatro cuadrantes cada 10 cm desde el ciego hasta el recto tomando un minio de 33 biopsias en un esfuerzo por detectar la displasia. En pacientes con colitis menos extensa, las biopsias pueden limitarse al área donde existe mayor extensión de la enfermedad.

Debido al aumento en el riesgo de cáncer colorrectal en el recto y sigmoides, se deben tomar biopsias cada 5 cm en el colon distal.

Todas las lesiones que parezcan endoscópicamente resecables, deberán resecarse por completo y tomarse biopsias de la mucosa plana que quedó alrededor de la resección para asegurar que los márgenes laterales están libres de displasia. Todo esto debe colocarse en frascos separados.

En pacientes a los que se les ha realizado una proctocolectomia con anastomosis íleo-anal y que presentan síntomas de pouchitis, está indicado tomarles biopsias. Tanto la bolsa como el asa de intestino delgado aferente deben evaluarse con cuidado. Cualquier alteración del asa de intestino delgado aferente deberá tomarse biopsia dada la posibilidad de enfermedad de Crohn.

Con sigmoidoscopio flexible
Por lo menos dos biopsias del colon transverso, sigmoides y descendente.
Con colonoscopio
Por lo menos dos biopsias del colon derecho, transverso, descendente y sigmoides.

Tabla 1. Estrategias para la toma de biopsias en colitis microscópica.



Médico Residente en Endoscopia Gastrointestinal:

Te invitamos a afiliarte a nuestra Asociación para obtener beneficios como costo preferente para la inscripción a nuestros cursos académicos y para Ecos Endoscópicos y el Congreso de la Reunión Nacional de Endoscopia no tendrá costo por ser Asociado en Entrenamiento AMEG activo.

Para mayor información consulta los requisitos en nuestra página web **www.amegendoscopia.org.mx**

Para la Asociación Mexicana de Endoscopía Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C., será un honor que formes parte de nosotros.

Tips & tricks para extracción de prótesis biliares migradas proximalmente

"Conocimiento de las estrategias, disponibilidad de recursos y paciencia son la clave del éxito".

Dr. Jony Cerna Cardona
Hospital Juárez de México

La migración de las prótesis biliares (PB) hacia el conducto biliar ocurre con una incidencia de un 5% a 8.4% de los casos.[1] Los principales factores de riesgo identificados son la dilatación importante del conducto biliar principal (CBP), esfinterotomía amplia, dilatación forzada de papila mayor, estenosis biliares malignas, las prótesis biliares de mayor diámetro y menor longitud.[2]

Las PB pueden migrar hacia el interior del conducto biliar (Imagen 1), hacia el duodeno o el colon. Las prótesis plásticas, las prótesis metálicas autoexpandibles (SEMS) totalmente cubiertos tienen mayor probabilidad de migrar que los SEMS descubiertos o parcialmente cubiertos.

Se han descrito numerosas técnicas para recuperar una PB migrada proximalmente. Los dispositivos endoscópicos comúnmente utilizados incluyen fórceps, asas, balones de extracción, canastillas y colangioscopios.[2,3] En raras ocasiones, se requiere intervención quirúrgica para la migración complicada de la prótesis biliar.

La estrategia inicial y más ampliamente disponible en la mayoría de los centros es utilizar los balones de extracción; se canula la vía biliar, se pasa el catéter de balón por arriba del extremo proximal de la PB migrada, se insufla y se procede a realizar barridos, hasta lograr extraer el extremo distal de la PB hacia el duodeno (Imagen 2).

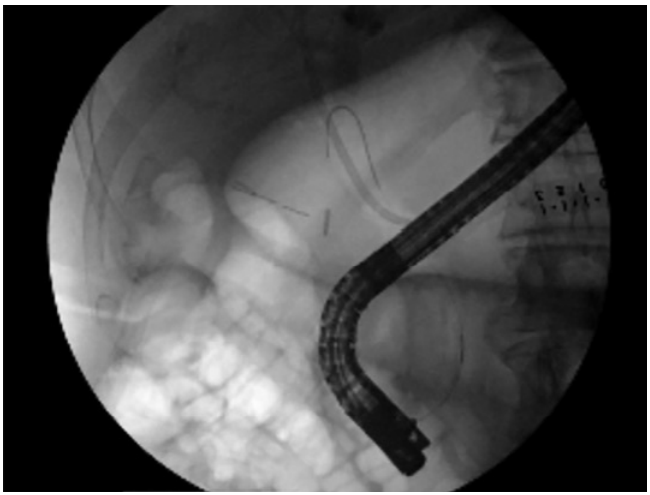


Imagen 1. Migración de prótesis biliar al conducto hepático derecho.[3]

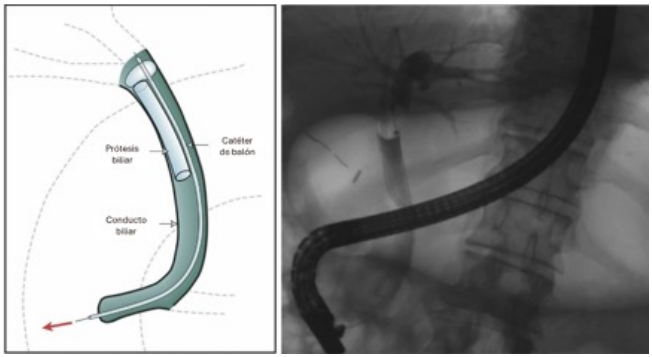


Imagen 2. Extracción de prótesis biliar con catéter de balón (imagen A modificada, disponible en www.techgiendoscopy.com; imagen B obtenida de referencia 3).

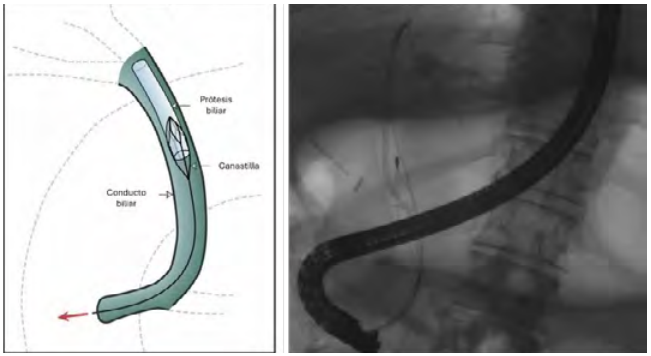


Imagen 4. Extracción de prótesis biliar con canastilla (imagen A modificada y disponible en www.techgiendoscopy.com; imagen B obtenida de referencia 3).

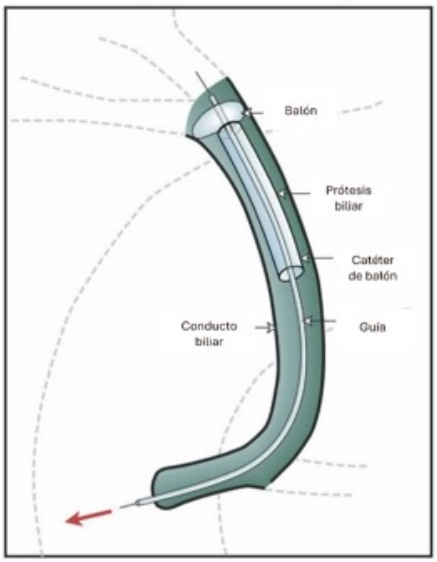


Imagen 3. Extracción de prótesis biliar después de canular la prótesis (imagen modificada y disponible en www.techgiendoscopy.com).

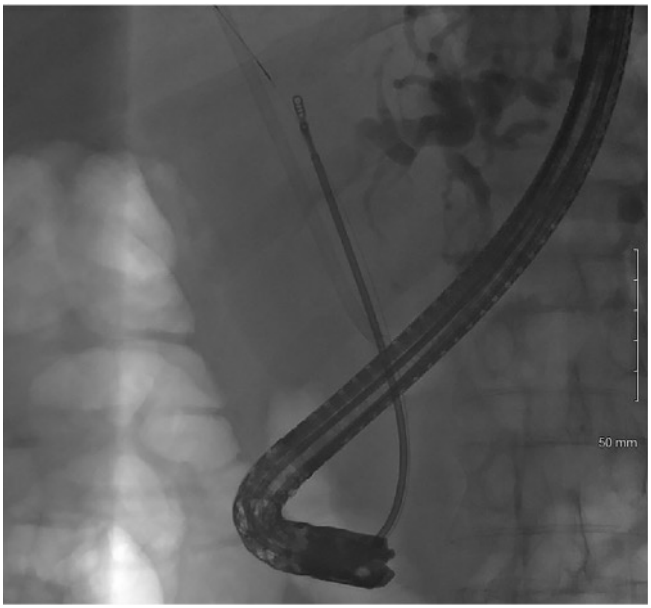


Imagen 5. Extracción de prótesis biliar con pinza de cuerpos extraños (imagen obtenida de referencia 4).

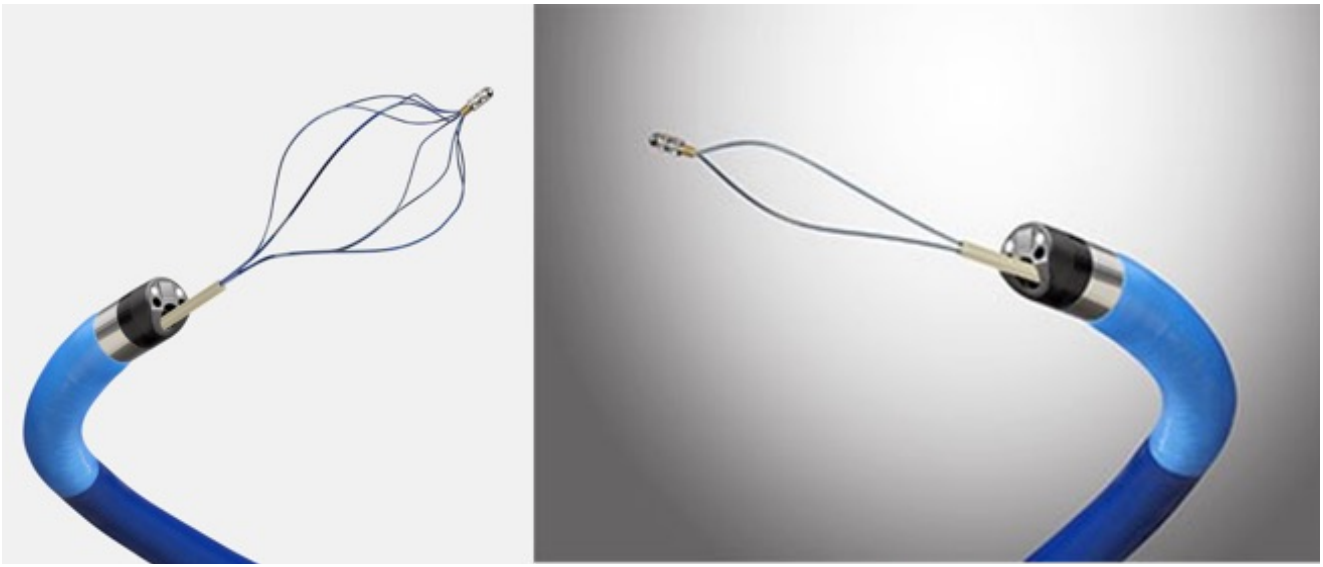


Imagen 6. Canastilla de extracción de SpyGlass™ y asa de recuperación de SpyGlass™ (©2025 Boston Scientific Corporation or its affiliates).

También se puede canular la prótesis biliar con una guía hidrofílica, pasar el balón a través de la prótesis biliar hasta salir al extremo proximal de ésta, insuflar el balón y realizar el barrido de ésta (Imagen 3). Otra manera es la extracción de la PB con canastillas (Imagen 4) o pinzas de cuerpos extraños (Imagen 5); ambas técnicas se realizan guiadas por fluoroscopia, se avanza el insumo y se apertura para tratar de capturar el extremo distal de la prótesis biliar hasta lograr su extracción hacia la papila mayor.[2,3,4]

Más recientemente se utiliza la colangioscopia con SpyGlass, la cual permite visualizar el extremo distal de la prótesis o el alerón externo y lanzarlo con una canastilla o asa disponible para este aditamento, logrando su extracción (Imagen 6).[1,3,4,5]

Si bien existen diversas herramientas y técnicas disponibles para la extracción de prótesis biliares migradas, la aplicación de la competencia cognitiva es igualmente importante para el éxito y la seguridad de la CPRE, y para la resolución de la complicación.

Referencias

1. Chatterjee A, Garg R, Simons-Linares R, *et al. Cognitive ERCP: decision making during successful retrieval of proximally migrated biliary stent.* Video GIE 2023;8(2):73-74.

2. Kawaguchi, M. Ogawa, Y. Kawashima, *et al. Risk factors for proximal migration of biliary tube stents.* World J Gastroenterol, 20 (2014), pp. 1318-1324

3. Weaver M, Mullady D, *et al. Endoscopic retrieval of a proximally migrated biliary stent with single-operator cholangioscopy and minisnare.* VIDEOGIE 2021;6(2):132-133.

4. Bills G. *et al. Cholangioscopy-guided removal of a proximally migrated biliary stent using a modified standard polypectomy snare.* VIDEOGIE 2021;6(7):316-318

Estenosis benigna por síndrome de compresión extrínseca secundaria

Dr. José Miguel Espinosa González
Dr. Rogelio Jair Báez Lara
Dra. María Fernanda Del Río Huerta
Unidad de Endoscopia, Hospital Universitario de Puebla de la BUAP

En 1948, Pablo Mirizzi describió y, finalmente, proporcionó el nombre a una obstrucción del conducto biliar proximal debido a una compresión extrínseca por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar y cambios inflamatorios locales.[1]

El síndrome de Mirizzi (MS) se define como una compresión extrínseca del sistema biliar extrahepático por un lito impactado en la vesícula biliar o el conducto cístico, que produce ictericia obstructiva. Tiene una incidencia en México del 4% sin relación de género, con una frecuencia de aparición entre la sexta y la octava década de la vida.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) puede tener fines diagnósticos y terapéuticos en esta patología. Aunque la aplicación de la CPRE tiene una alta tasa diagnóstica, su aplicación para resoluciones prequirúrgicas y posquirúrgicas es tema controversial y de amplio campo de estudio (Imagen 1).[2]

La CPRE tiene una sensibilidad del 50% al 100%, su principal ventaja radica en la posibilidad de ejercer acciones terapéuticas como paliar la obstrucción biliar mediante la colocación de prótesis. El tratamiento tradicional del SM va desde la colecistectomía subtotal, coledocotomía con extracción de cálculos, sutura de conducto biliar y cateterismo en T, hasta la derivación biliodigestiva en Y de Roux.[3] Es importante conocer que la distorsión de la anatomía y la presencia de una fístula colecistocoledociana aumentan el riesgo de disrupción de la vía biliar durante la colecistectomía.[4]

Presentamos a una paciente de 26 años con diagnóstico de colelitiasis y colédocolitiasis. Se solicita CPRE para resolución prequirúrgica. Se canula e introduce guía hidrofílica 0.035 mm a la vía biliar principal sin poder avanzarla a las vías intrahepáticas; se observa en fluoroscopia compresión extrínseca en colédoco medio que impide avance de la guía a pesar de

Tabla 1

Clasificación del síndrome de Mirizzi. Csendes y col. (2007).

Tipo	Descripción
I	Compresión extrínseca de la vía biliar por un cálculo impactado en la vesícula
II	Fístula colecistobiliar que involucra un tercio de la circunferencia de la vía biliar
III	Fístula colecistobiliar que involucra dos tercios de la circunferencia de la vía biliar
IV	Fístula colecistobiliar que involucra toda la circunferencia de la vía biliar
V	Cualquier tipo más fístula colecistoentérica
Va	Sin íleo biliar
Vb	Asociado a íleo biliar

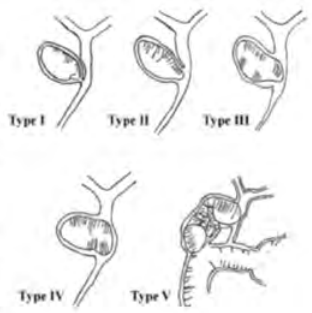


Imagen 1. Clasificación del Síndrome de Mirizzi.

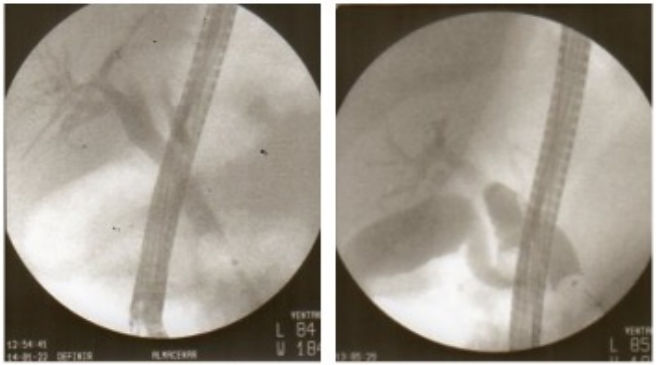


Imagen 2. Compresión extrínseca de colédoco. A) Imagen fluroscópica de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que evidencia vías intrahepáticas normales. B) Imagen que muestra compresión de la vesícula biliar con un lito que comprime la vía biliar principal (Síndrome de Mirizzi tipo III).

múltiples intentos, por lo que no es posible colocar prótesis biliar.

Se realiza esfinterotomía con salida de material purulento y se envía a resolución quirúrgica. Diagnóstico: compresión extrínseca de la vía biliar por síndrome de Mirizzi, drenaje no satisfactorio (Imagen 2).

Se realizó colecistectomía subtotal fenestrada y colangiografía transcística, encontrando defecto de llenado en el colédoco supraduodenal; se ordeñó un lito a través del cístico y se procedió a la extracción instrumentada. La paciente no evolucionó favorablemente debido a una fuga biliar y alteración en las pruebas de función hepática.

Se realizó colangiopancreatografía por resonancia magnética (CRM), la cual reportó colédoco en situación habitual, pero con una zona de disfunción localizada a 45 mm de la confluencia de los hepáticos, conservando paso hacia duodeno (Imagen 3).

Cinco días posteriores a la cirugía se realizó una segunda CPRE (Imagen 4), con el objetivo de valorar la colocación de una endoprótesis y así derivar la vía biliar. Se observó la papila con cambios postesfinterotomía con salida continua de bilis, lo que reflejaba un pronóstico favorable. Se canuló e introdujo una guía hidrofílica 0.035 mm a peritoneo y se opacificó con medio de contraste observando fuga en tercio medio del colédoco.

Se colocó una segunda guía, la cual, a pesar de múltiples intentos, persistió en el sitio de fuga, por lo que se introdujo una tercera guía calibre 0.025 mm logrando finalmente la



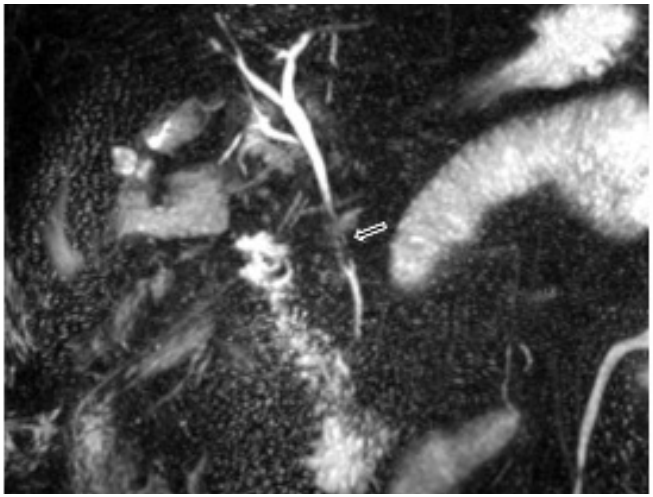


Imagen 3. Imagen de colangioresonancia contrastada que evidencia estenosis de conducto colédoco compatible con estenosis posquirúrgica.

canulación biliar profunda. En fluoroscopia se observó en la porción mayor de la vía biliar intra y extrahepática una dilatación de 8 mm aproximadamente, con una disminución de calibre filiforme en colédoco medio (Imagen 3). Se colocó una prótesis biliar 10x10F de forma exitosa con salida de bilis y vaciamiento del medio de contraste a duodeno (Imagen 5).

Diagnóstico: síndrome de Mirizzi posoperado, con estenosis en colédoco supraduodenal. Fuga biliar resuelta.

Sabemos que la mayoría de los casos de Síndrome de Mirizzi se presenta como una fístula en colédoco, sin embargo, en este caso documentamos una estenosis benigna secundaria a la compresión crónica. Debido a su rareza, hasta ahora se carece de normas documentadas que establezcan la mejor conducta a seguir, convirtiéndose en un reto tanto para los cirujanos como los endoscopistas gastrointestinales.[5]

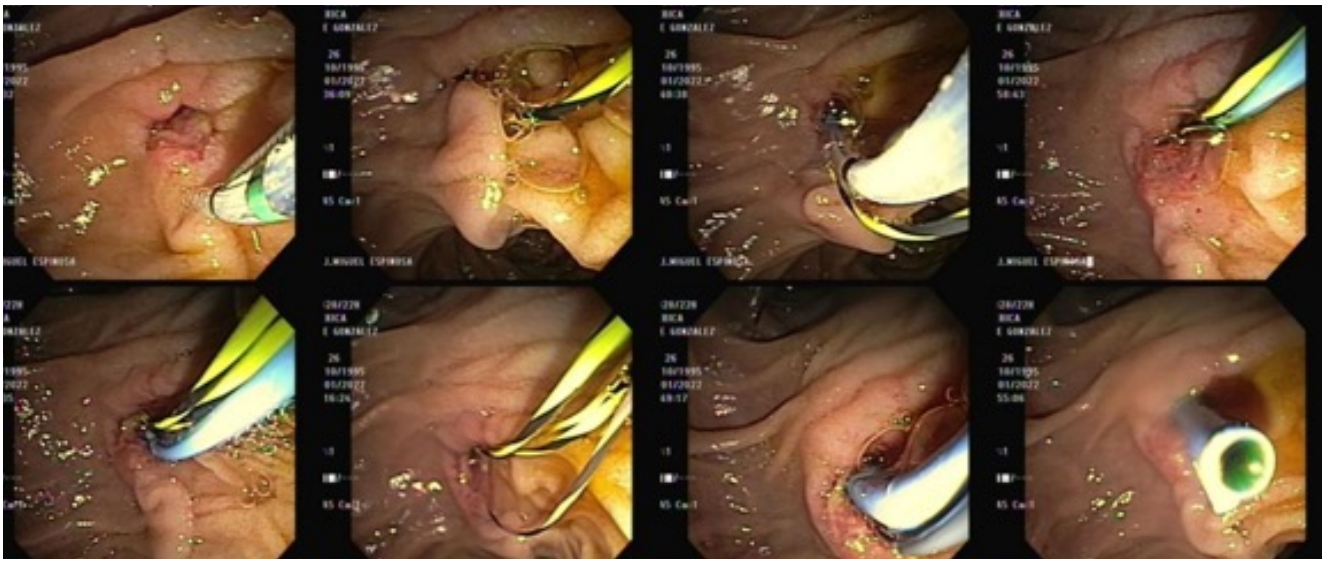


Imagen 4. Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.



Imagen 5. Radiografía de abdomen que muestra prótesis biliar tipo Ámsterdam 9x10F 24 horas posterior a colocación sin evidencias de migración.

Referencias

1. Andrade Franco, C. M., Armijos Gía, L. G., Vera Rodríguez, J. H., & Fariño Villacrés, A. D. (2023). *Síndrome de Mirizzi: etiología, clasificación, presentación clínica y métodos de diagnóstico.* Journal of American Health, 6(1).
2. Quirós, M. F. C., & Chaves, R. Á. (2018). *Síndrome de Mirizzi.* Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 8(3), 1-6. https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr183b.pdf
3. Hernández, L. H., Jiménez, M. C., Sánchez, C. E. L., Martínez, W. J. P., Palestino, J. P., Rangel, R. H., ... & Domínguez, A. K. L. (2023). *Prevalencia y abordaje quirúrgico del Síndrome de Mirizzi en pacientes del Hospital General de Zona* Número 20. https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/02/4_56_prevalencia-y-abordaje-quirurgico-del-sindrome-de-mirizzi-en-pacientes-del-hospital-general-de-zona-numero-20__.pdf
4. Montenegro, R., Ojeda, M., Parekh, N., & Morales, D. (2020). *Síndrome de Mirizzi: Reporte de un caso.* Revista Médico Científica, 33(2), 1-7. https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/download/541/957
5. Alvarado, Gonzalo Andrés Domínguez, D´vera Camargo, Daniela, Lozada Martínez, Iván David, López Ramírez, Felipe, & López Gómez, Luis Ernesto. (2021). *Síndrome de Mirizzi tipo V: Manejo laparoscópico.* Revista Médica de Risaralda, 27(1), 101-106. Epub May 24, 2021.



Medidas de rendimiento para la endoscopia del intestino delgado
Guía de la ESGE: actualización 2025

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez
Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara
Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Dra. Margarita Fosado Gayosso
Hospital Ángeles Puebla, Puebla

Introducción

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) desarrolló grupos de mejora de calidad para diferentes procedimientos gastrointestinales, con el fin de establecer estándares de referencia a la que todas las unidades deben de adherirse para garantizar la alta calidad en endoscopia.
Estos indicadores de calidad sugeridos cubren todos los dominios del procedimiento, como la identificación de la patología, manejo apropiado, experiencia del paciente y complicaciones posteriores al procedimiento. El primero de estos es de Cápsula endoscópica (CE) (Tabla 1) y el segundo de enteroscopia asistida por dispositivos (EAD).

Cápsula endoscópica (CE)

1. Preprocedimiento

Las indicaciones para CE deben apegarse a las guías recomendadas por la ESGE y la ASGE (American Society for Gastrointestinal Endoscopy). Los estudios realizados de CE para indicaciones no aprobadas por ESGE y ASGE deben de ser evaluadas periódicamente. En CE, la visualización de la mucosa debe de ser buena en >80% de los casos, utilizando métodos adecuados de preparación intestinal. Ciertos grupos de pacientes sometidos a CE tienen un mayor riesgo de retención de la cápsula. El uso de una cápsula de permeabilidad pueda reducir la incidencia de retención en pacientes de mayor riesgo.

2. Procedimiento completo

La tasa de estudio incompleto (no se llega a colon o la bolsa del estoma) debe de ser menor al 20%. En todos los casos de estudio incompleto, se debe solicitar al paciente que confirme la expulsión de la CE. Si no se confirma la expulsión después de quince días se debe obtener una radiografía abdominal.

3. Identificación de patología

El rendimiento diagnóstico global de la CE en la práctica clínica debe de ser entre el 30% y el 50%. En pacientes con sospecha de hemorragia o con hemorragia manifestada en el intestino delgado (ID), la CE debe realizarse de acuerdo con las pautas de ESGE. Es decir, lo más cercano posible al episodio de la hemorragia (idealmente menor a 48 horas). En pacientes con sospecha de hemorragia oculta de ID, se ha demostrado que la CE de forma más temprana se asocia con mayor rendimiento diagnóstico.

PREPROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO COMPLETO	IDENTIFICIACIÓN-PATOLOGÍA	MANEJO DE LA PATOLOGÍA	COMPLICACIONES	ENTRENAMIENTO Y COMPETENCIA	EXPERIENCIA DEL PACIENTE
Indicación apropiada del procedimiento CE (>95%)	Visualización cecal o del estoma (>80%)	Tasa de detección de lesiones (>30%)	Referencia adecuada para EAD (>75%)	Tasa de retención de CE (<2%)	Monitorización de indicadores clave de desempeño (nuevo)	Confort del paciente (N/A)
Tasa de preparación adecuada (>80%)		Tiempo en la hemorragia gastrointestinal (>75%)				
Selección adecuada del paciente para CE patency (>95%)					Indicadores clave de calidad	
		Uso de la terminología estándar (>90%)				
		Recomendaciones de la rapidez de lectura (>90%)			Indicadores clave de calidad	

Tabla 1. Indicadores de calidad de cápsula endoscópica.



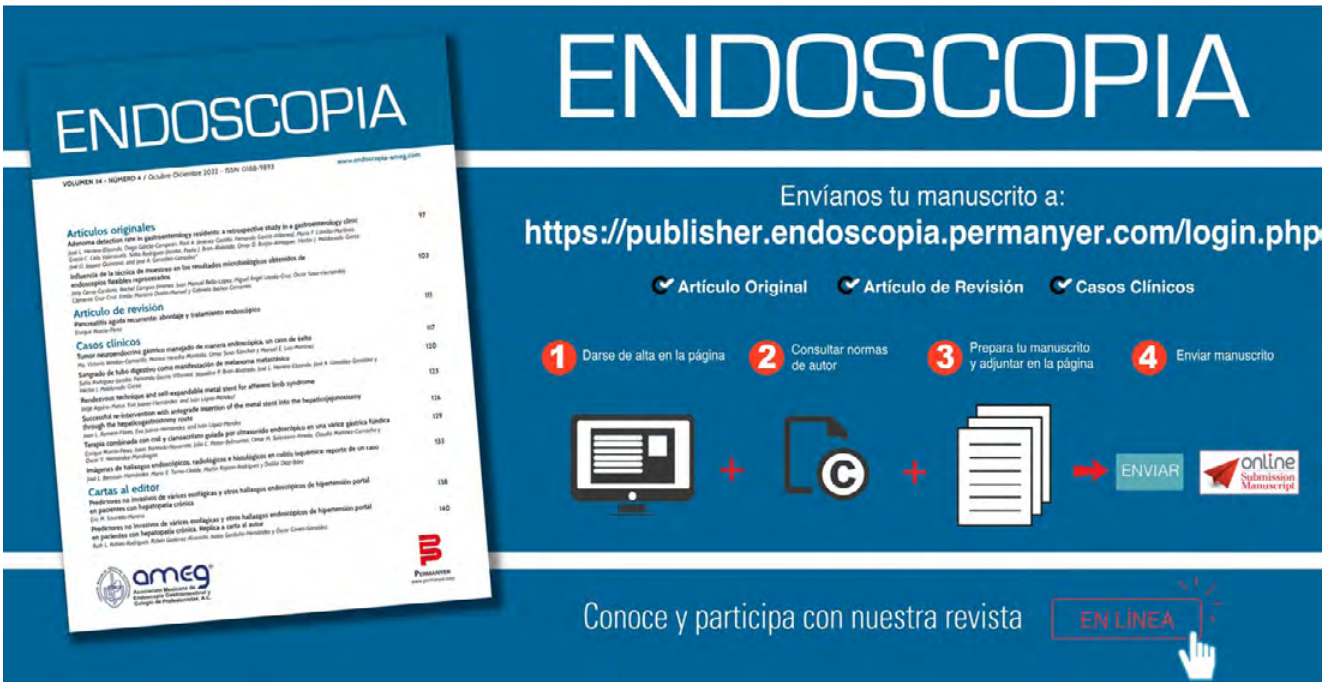
Los informes estructurados y estandarizados para CE mejoran la consistencia en la interpretación de la imagen, la descripción de los hallazgos y el manejo del paciente. La lectura de la CE refleja una inspección adecuada de la mucosa del ID y predice calidad. La lectura asistida por Inteligencia Artificial puede ayudar a los médicos a proporcionar una detención más precisa y rápida de lesiones clínicamente relevantes del ID que una lectura estándar.

4. Manejo de la patología

El uso de la CE antes de la EAD mejora el rendimiento diagnóstico y el rendimiento terapéutico. Además, proporciona información crucial a la hora de seleccionar la vía óptima de abordaje (anterógrada o retrógrada), así como planificar cualquier terapia endoscópica.

5. Complicaciones

El seguimiento de la incidencia de retención de la CE es importante para evaluar la seguridad general del procedimiento, identificar a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones, identificar posibles objetivos de mejora y permitir un consentimiento informado preciso de los pacientes. La selección adecuada del paciente y el uso de una cápsula de permeabilidad, cuando se indique, son importantes para prevenir la retención.



6. Formación y competencia

La capacitación y la presentación de informes en CE van más allá de una simple lectura; se busca informar la patología observada y garantizar un manejo adecuado de ésta en el ID. Se recomienda que los médicos que realizan CE monitoreen sus KPI (Key Performance Indicators), que son sus indicadores de rendimiento para asegurarse de mantener la competencia, de acuerdo con las guías curriculares de la ESGE.

Enteroscopia asistida por dispositivos (EAD)

1. Preprocedimiento

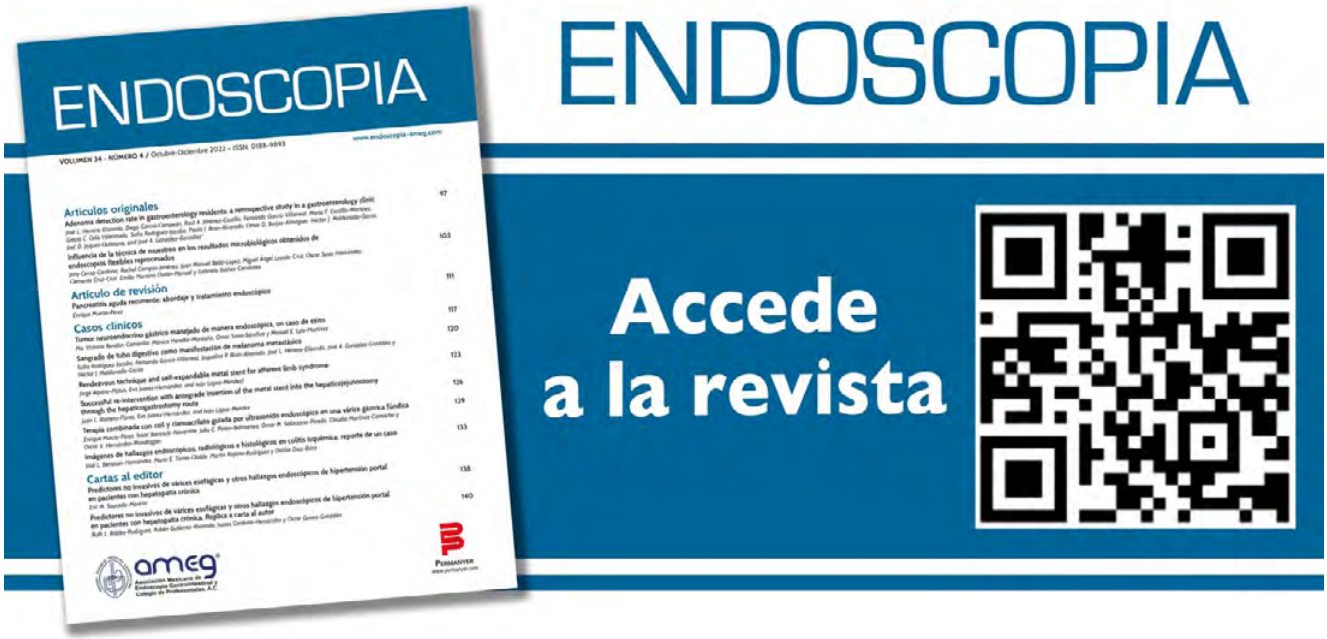
La EAD debe realizarse en indicaciones reconocidas, según lo publicado en las pautas internacionales. El abordaje directo por EAD debe reservarse para urgencias como la hemorragia activa del ID, primero se debe utilizar la vía anterógrada, a menos que se tenga conocimiento de una lesión distal.

Todos los pacientes derivados para EAD anterógrada deben estar en ayuno de sólidos durante al menos seis horas antes del procedimiento. Todos los pacientes derivados para la EAD por vía retrógrada deben seguir el mismo régimen de preparación recomendado por las pautas de la ESGE para la colonoscopia.

2. Procedimiento completo

Marcar un punto de inserción profundo se considera útil para los procedimientos de EAD posteriores. La profundidad máxima de inserción debe medirse y marcarse con un tatuaje submucoso, en al menos el 80% de los casos cuando esté clínicamente indicado.

3. Identificación de patología



El diagnóstico por EAD debe de ser mayor o igual al 70%. La EAD se utiliza como método diagnóstico de segunda línea después de la CE, la enteroresonancia magnética o enterotomografía, según las indicaciones de la ESGE.

Aunque el uso de Inteligencia Artificial demostró resultados prometedores, al ayudar a delimitar las lesiones en la EAD, no hay evidencia suficiente para sugerir su uso rutinario. La documentación de imágenes de las patologías es importante para la calidad de la EAD y de utilidad para guiar un manejo endoscópico o quirúrgico adecuado.

4. Manejo de la patología

Marcar la ubicación de la lesión con un tatuaje submucoso facilita el cuidado y el seguimiento posterior. Se recomienda marcar una lesión o tumor que posteriormente pueda ser el objetivo de una intervención terapéutica.

5. Complicaciones

La tasa de complicaciones graves como la perforación, hemorragia y pancreatitis resultante de una EAD diagnóstica no debe superar el 1%. La tasa de eventos adversos generales resultantes de eventos adversos terapéuticos no debe superar el 5%.

6. Formación y competencia

El entrenamiento en EAD debe estructurarse de acuerdo con lo establecido en la ESGE. Se debe realizar procedimientos terapéuticos en al menos el 50% de las EAD. Si bien no hay literatura sobre la cantidad de procedimientos de EAD por año, los centros de capacitación deben de realizar aproximadamente 75 al año, esto para garantizar que los endoscopistas mantengan un volumen y una competitividad adecuada. Los endoscopistas de EAD deben auditar regularmente sus tasas de detección y complicaciones de forma individual, además de sus KPI. Los centros de capacitación deben tener un programa multidisciplinario con la participación de un radiólogo experimentado.

7. Experiencia del paciente

La comodidad del paciente debe ser evaluada en todos los procedimientos. Los niveles de comodidad inadecuados deben ser evaluados en relación con la vía de inserción, la sedación, los métodos de instalación y la experiencia del endoscopista.

Conclusiones

Esta guía nos informa de los principales indicadores de calidad en procedimientos endoscópicos de ID. A pesar de las numerosas publicaciones, aún no existe una preparación óptima que puede mejorar el rendimiento diagnóstico.

La responsabilidad del informe final todavía recae en lector de la CE. Se requieren más centros endoscópicos de monitoreo que comparen su desempeño durante la realización de estos procedimientos y refinen aún más las medidas de calidad. La certificación en la realización de estos procedimientos dan camino para que otros centros formalicen su conocimiento y publiquen sus curvas de aprendizaje.

Referencia

1. Sidhu Reena *et al. Performance measures for small-bowel endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE.)* Quality Improvement Initiative-Update 2025.

Cuando las fronteras no son un obstáculo

"La felicidad solo tiene tres caras: espiritualidad, autorrealización y no tener miedo al placer".

Walter Riso. Psicólogo (1951-). Nápoles, Italia

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Ahora para esta entrega, he decido entrevistar a un gran colega, quien ha estado en diferentes centros de endoscopia del mundo, enriqueciendo su arte con múltiples puntos de vista, conocimientos que, lejos de guardarlos para sí mismo, los desea compartir con todos nosotros. Se trata del Dr. Ariosto Hernández Lara.



Dr. Ariosto Hernández Lara

¿Cómo nace el gusto por ser endoscopista?

En mi caso, creo que encontré en la endoscopia el gran potencial para abordar diferentes patologías que en su momento sólo la cirugía podía resolver y el tiempo lo ha ido demostrando. Los drenajes por ultrasonido endoscópico (USE), la miotomía endoscópica peroral (POEM) y la endoscopia bariátrica son ejemplos de esto. La endoscopia es una alta especialidad que nos permite abordajes menos invasivos que ayudan al paciente a recuperarse más rápido.

¿Cuáles son las áreas que más te apasionan de la endoscopia?

Todas las áreas de la endoscopia tienen su encanto y su

respectiva ciencia con un gran valor diagnóstico y terapeútico. En lo personal me gusta encontrar formas de combinar diferentes abordajes y herramientas endoscópicas para poder resolver casos complejos. Encuentro mucha afinidad por el uso del USE, las técnicas de tercer espacio y la sutura endoscópica.

¿Qué te motivó para ir al extranjero a prepararte?
En su momento fue la falta de acceso a diferentes tecnologías y técnicas ya disponibles en el mercado internacional pero que, por motivos de control de importación por las leyes mexicanas, no se encontraban disponibles en el país. Tenía también varias ideas en mente a desarrollar, pero desafortunadamente, en nuestros centros no se le da mucha prioridad a la innovación. Además, creo que siempre hay espacio para mejorar y aprender de personas en otros lugares con una perspectiva diferente de la medicina, por lo que he disfrutado de seguir siendo un aprendiz en progreso constante.

¿Cuáles fueron los principales retos a los que te enfrentaste?
En principio un poco el adaptarme al estilo de vida de cada país en los que he vivido: impuestos, manejar, clima, comida y, por supuesto, los idiomas. En el caso de Brasil y Francia fue un poco más retador el idioma, pero creo que incluso ese proceso de aprendizaje me enseñó mucho sobre cómo funciona la lógica para resolver problemas de las personas que viven ahí y he podido adoptar ahora un poco de esto a mi modo de ver la vida.

¿Qué extrañas de estar en el extranjero?
A mis amigos y maestros. Creo que lo más importante que me he llevado de todos los lugares en donde me he formado son las amistades y enseñanzas que me han dejado personas que comparten mi motivación por innovar y la ética de trabajo.

¿Qué te motivó a volver a tu país?
Mi idea siempre fue regresar a México, pero creo que el estar afuera más bien me ayudó a valorar todavía más a mi país; su gente, su clima y la comida son inigualables. En el área profesional me motivó que todavía hay mucho camino por



recorrer en México y áreas de oportunidad por explorar. Creo que hay excelentes endoscopistas en nuestro país y lo único que les falta es darles acceso a las tecnologías y espacios donde puedan aprender las técnicas más recientes. Son pocos los lugares que tenemos en el país para aprender y mucha la demanda.

¿Qué se siente ser endoscopista mexicano?

Me llena de orgullo porque a veces padecemos del síndrome del impostor. Si algo he aprendido en estos últimos cinco años que he estado fuera de México es que nosotros también podemos enseñar en otros lugares, al grado de que he podido ser profesor adjunto de cursos en sitios como la Clínica Mayo y la Universidad de Estrasburgo. Los endoscopistas mexicanos manejamos un alto volumen de pacientes, vemos patologías raras que en otros lados no ven y tenemos grandes centros de talla mundial.

¿Qué nos hace diferentes al resto del mundo?

La creatividad del mexicano no tiene límites. Creo que a veces tenemos que resolver de todo con casi nada por necesidad y cuando nos dan lo necesario para hacer nuestro trabajo prácticamente podemos hacer magia.

Siempre me pregunté cómo le hacían otros médicos y centros para publicar tanto. Nosotros estamos acostumbrados a hacer todo sin ayuda, desde escribir el protocolo, recolectar los datos, realizar los procedimientos y hasta calcular el análisis estadístico.

En estos grandes centros del extranjero cuentan con un gran apoyo económico y recursos humanos de trabajo para sacar adelante sus proyectos de investigación. Cuando te das cuenta de esto, entiendes por qué los mexicanos estamos tan bien preparados.

Si pudieras describir cinco aspectos a cambiar de los jóvenes endoscopistas (residentes) en México, ¿cuáles serían?

No creo que el problema sea cambiar aspectos de los residentes. Ellos son la generación que quiere innovar, aprender de los mejores y estar en lugares donde no carezcan de recursos para su formación. En mi opinión, la clave está en mejorar los programas de residencias médicas. Mis sugerencias serían las siguientes:

1. Capacitar a los profesores de los cursos para mejorar sus habilidades como mentores.
2. Abrir más programas de endoscopia terapéutica avanzada, ya que actualmente no se cubre la demanda en el país. Áreas como tercer espacio, USE y bariatría requieren de al menos un año más de formación.
3. Fomentar la investigación e innovación en los programas de endoscopia. Es algo que como endoscopistas mexicanos aún nos hace falta explotar.
4. Exponer a los residentes a la mayor cantidad de técnicas y tecnologías disponibles. Si no es posible en su centro de formación, hacerlo a través de rotaciones nacionales o en el extranjero.
5. Individualizar la enseñanza en la medida de lo posible, apegándose siempre a las guías clínicas internacionales basadas en evidencia y no basado únicamente en la experiencia del mentor.

Si pudieras dar cinco consejos a los jóvenes endoscopistas en México, ¿cuáles serían?

1. Sé paciente. Enfócate en hacer bien cada pequeña tarea que puedas y en mejorar, aunque sea un poco cada día. Cada paso es importante y cuando menos te des cuenta habrás logrado grandes cosas.
2. Busca gente mejor que tú. Aprende de ellos y siempre

mantén una actitud abierta para recibir consejos por más bueno que te consideres.

3. Sé valiente. Creo que es clave para el éxito, aprender a vivir a veces en la incertidumbre y desarrollar tolerancia a la frustración. Lo importante es nunca dejar de intentar.
4. Enseña. Decía Richard Feymann que una de las mejores formas de aprender y reforzar el conocimiento es enseñando. Te vuelves mejor cuando haces mejorar a los demás.
5. ¡Nunca dejes de aprender! Busca espacios y personas que te ayuden a seguir mejorando.

Si el día de hoy conocieras a un joven endoscopista con los mismos sueños y aspiraciones que tú tienes, ¿qué consejo le dirías?

Le diría que se ponga metas tan grandes como pueda imaginar y que trabaje todos los días con esa dirección. No necesitas estar motivado para hacer las cosas, simplemente es saber que lo tienes que hacer. Finalmente, que confíe en el proceso, porque por cada sí te van a decir 20 veces que no y eso no significa que las cosas no se puedan lograr, siempre hay una forma u otra.

¿Cómo visualizas el futuro de la endoscopia en México?

Dependerá de qué narrativa nos queramos contar, pero me considero optimista y creo que trabajando en equipo podemos lograr grandes cosas. En mi caso, creo que compartir conocimiento y experiencia de manera multicéntrica es crucial para desarrollar y evolucionar la práctica de la endoscopia en nuestro medio. Valorar la experiencia de nuestros maestros, pero combinarla con la iniciativa y creatividad de nuestros jóvenes.

Estoy seguro de que el futuro de la endoscopia estará en las plataformas robóticas con sistemas de navegación asistidos por Inteligencia Artificial y México debe apostar por ese camino.




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

Parte 2

Muestreo de tejido guiado por USE.
Revisión técnica y tecnológica ESGE

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

En el número anterior les presentamos la primera parte de la revisión técnica y tecnológica de muestreo guiado por ultrasonido endoscópico (USE) que publicó la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) en el mes de febrero de 2025. En esta entrega les daremos a conocer las recomendaciones complementarias de la guía.

Comenzamos con la evaluación rápida en sitio (ROSE), la cual consiste en el diagnóstico citomorfológico que permite evaluar en pocos minutos la idoneidad del material obtenido durante los pases con aguja de biopsia, ya sea en la sala de endoscopia o cerca de ésta.

Una vez que se obtiene la muestra, se imprime en una laminilla de vidrio, se tiñe y un citopatólogo la observa en el microscopio; la muestra se repite hasta que el espécimen sea adecuado.

Debido a la baja disponibilidad de citopatólogos, se ha estudiado si la habilidad de endosonografistas entrenados para identificar la idoneidad de la muestra es comparable con la de un citopatólogo, un citotecnólogo o un patólogo en entrenamiento, mostrando resultados polarizados.

También se ha estudiado el papel de la inteligencia artificial, mostrando una certeza del 83%; sin embargo, la rentabilidad general de ROSE aún es controversial, ya que la toma de muestra por biopsia con aguja fina (FNB) parece ser más costo-efectiva.

Es por lo que ROSE está recomendada cuando la adquisición de tejido es por aspiración con aguja fina (FNA), mientras que en la muestra por FNB, especialmente con agujas de corte terminal, no es necesaria; esto aplica para lesiones sólidas pancreáticas y lesiones subepiteliales.

Un metaanálisis del año 2022 que incluyó ocho estudios con 2,147 pacientes con lesiones sólidas del páncreas reportó que no hubo diferencia estadísticamente significativa en la adecuación de la muestra, ni en el número de pases, cuando compararon USE-FNB + ROSE contra USE-FNB sola. Una interrogante que deja este estudio es si habría alguna utilidad de ROSE al usar una aguja de 25G comparada con una de 22G, ya que no se especifica un análisis basado en el diámetro de la aguja.

Existen otras dos modalidades para la evaluación de la muestra de tejido obtenida por USE: la evaluación macroscópica en el sitio (MOSE) y la evaluación visual en el sitio (VOSE).

La primera consiste en evaluar la presencia de fragmentos de tejido blanco o amarillo macroscópicamente visible en

el portaobjetos de vidrio, si es >4mm, predice una buena muestra histológica.

Hay estudios de no inferioridad comparando ROSE y MOSE, en los que, incluso, este último reduce el número de pases con la aguja en diferentes tipos de lesiones sólidas, es por esto que la ESGE recomienda el uso de MOSE para muestra con FNB en tumores pancreáticos porque aporta mayor certeza diagnóstica con una menor necesidad de pases con la aguja.

En el caso de VOSE, representa una alternativa a MOSE y consiste en evaluar una muestra tomada por USE, vertida en un frasco con formalina y que se agita para visualizar mejor la presencia de tejido macroscópicamente visible.

En el estudio prospectivo de un solo centro realizado por Stigliano y colaboradores, el endosonografista evaluó la presencia de un cilindro de tejido macroscópicamente visible, el color (blanco o rojo/mixto) y la contaminación sanguínea. En este estudio los autores encontraron que una muestra de tejido con VOSE de color rojo mixto se asoció con una mayor probabilidad de una muestra adecuada histológicamente. Debido a la poca literatura publicada, la ESGE se reserva la emisión de alguna recomendación sobre esta técnica.

Existe otra técnica, auxiliada con microscopia láser confocal fluorescente ex vivo, donde se analizan las muestras biológicas frescas sin fijar, proporcionando imágenes histológicas digitales; sin embargo, los altos costos y la baja disponibilidad limitan mucho esta herramienta.

Para el análisis citológico y molecular en lesiones quísticas pancreáticas, la ESGE sugiere preferir la medición de glucosa por encima de la de antígeno carcinoembrionario (ACE) en el fluido para diagnóstico de quistes pancreáticos mucinosos. Considerar sólo las características endosonográficas de los quistes es generalmente insuficiente para hacer un diagnóstico, excepto en lesiones con características específicas como el patrón en panal de abeja de las neoplasias quísticas serosas, por lo tanto, en aquellos casos donde es necesario, se realiza una punción con aguja FNA, prefiriendo 22G o 19G, esta última es mejor si se sospecha una neoplasia mucinosa, debido a la viscosidad del fluido.

La aguja debe ser posicionada en el centro del quiste, observando siempre la punta durante la aspiración para prevenir el contacto con la pared del quiste a medida que colapsa.

Al fluido se le puede estudiar la viscosidad con el "signo de la cuerda", el cual es positivo si se estira a 1 cm y persiste más de un segundo, marcadores bioquímicos como la glucosa, el antígeno carcinoembrionario, o bien, marcadores moleculares como el KRAS o el GNAS.

Un metaanálisis reciente mostró que, en neoplasias mucinosas, un nivel de glucosa en el líquido del quiste <50 mg/dL tenía una sensibilidad del 91% y una especificidad del 91% cuando se enviaba al laboratorio, y del 90% y el 84%, respectivamente, cuando se utilizaban glucómetros con tira reactiva.

Los análisis moleculares con la presencia de mutaciones genéticas, como KRAS y GNAS, tienen buenos resultados, pero actualmente no están ampliamente disponibles clínicamente y permanecen dentro del ámbito de la investigación exploratoria.

La biopsia a través de la aguja (TTNB) se realiza con una micropinza que toma epitelio o estroma de la pared del quiste o del septo. Actualmente existen dos dispositivos: la pinza Moray (US Endoscopy) y la pinza Micro Bite (MTW). La vaina del sistema de la pinza Moray tiene una longitud de 230

cm, con apertura de 4.3 mm, con diámetro de la vaina de 0.8 mm y puede pasar a través de una aguja 19G de FNA.

Aspirar un poco de fluido antes de la biopsia disminuye la contaminación hemática de la muestra, ya que es frecuente un poco de hemorragia posterior a ésta.

El signo de la tienda de campaña es un buen predictor de una muestra adecuada; este efecto se observa al cerrar la pinza para obtener el tejido de la pared del quiste y ejercer una leve tensión al jalarla.

Se sugiere la toma de al menos dos biopsias óptimas, ya que se ha demostrado que tomar más no aumenta la sensibilidad, pero sí el riesgo de eventos adversos. Varios metaanálisis han reportado tasas de éxito técnico altas, del 90% y el 100%, para la TTNB, y una sensibilidad y especificidad de alrededor del 80%.

En la reciente actualización de las guías de Kioto no se señala una indicación para el uso de la TTNB, sin embargo, se recomienda realizar en los pacientes potencialmente candidatos a cirugía, en los que el diagnóstico histológico final puede cambiar el tratamiento del paciente.

Lo que se busca es definir con la biopsia el tipo de quiste, no la presencia o grado de displasia, pues esta última si está presente tiene una distribución heterogénea en el epitelio del quiste.

Es por esto que la recomendación de la ESGE es realizarla cuando el diagnóstico histológico pueda cambiar el tratamiento, así como evitarla en lesiones quísticas pancreáticas con comunicación al conducto pancreático por el mayor riesgo de eventos adversos.

Se ha demostrado que la TTNB pueden cambiar la estrategia de manejo clínico en pacientes con neoplasias quísticas del páncreas en el 12% al 19% de los casos, principalmente al proporcionar el diagnóstico de un cistadenoma seroso en un quiste oligoquístico o unilocular, lo que lleva a la interrupción del seguimiento y ahorro de costos. El riesgo de eventos adversos de la TTNB va del 2% al 23%, siendo el más común la hemorragia intraquística.

La endomicroscopia láser confocal (nCLE) permite obtener imágenes del tejido y estructuras vasculares en tiempo real, introduciendo una minisonda a través de la aguja 19G, avanzándola hasta 1 mm distal a la punta de la aguja.

La nCLE se ha utilizado de manera prometedora para caracterizar lesiones quísticas del páncreas, sin embargo, la desventaja de esta técnica son los altos costos, la baja disponibilidad además de que hay pocos endoscopistas entrenados.

Un estudio francés de 2017 mostró que la nCLE es costo-efectiva para el tratamiento de los cistadenomas serosos, con una reducción del 23% en la tasa total de intervenciones quirúrgicas, lo que se tradujo en una reducción del 13% en los costos.

La sensibilidad y especificidad combinadas de la nCLE oscilan entre el 82% y el 90%, y el 91% y el 99% respectivamente, con una tasa de eventos adversos combinada que oscila entre el 1% y el 5%, principalmente debido a pancreatitis. La ESGE sugiere usar esta herramienta para discriminar quistes pancreáticos mucinosos de los no mucinosos sólo en centros con experiencia adecuada.

De acuerdo con la guía del 2015 de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE, por sus siglas en inglés) y la guía de la ESGE de 2017, la profilaxis antibiótica estaba indicada en el muestreo de lesiones quísticas pancreáticas, sin embargo, en los últimos años se ha publicado evidencia que sustenta que el riesgo de infecciones relacionadas al

procedimiento es <1% y este no se incrementó en ausencia de la profilaxis antibiótica, estos hallazgos fueron reportados por un estudio aleatorizado, de no inferioridad, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico de Barcelona con 226 pacientes, así como dos revisiones sistemáticas y metaanálisis con seis estudios incluidos, por lo tanto, en esta actualización la ESGE no recomienda el uso de profilaxis antibiótica antes de la toma de muestra guiada por USE para tumores sólidos, ni para lesiones quísticas pancreáticas.

Las técnicas de procesamiento de las muestras de tejido obtenidas mediante USE incluyen frotis convencional, centrifugación, citología en base líquida y tejido fijado en formalina e incluido en parafina.

La elección de la técnica depende de la naturaleza de la lesión, el tipo de aguja usado, si se realizó ROSE y de la experiencia del patólogo.

Los detalles de cada una de las técnicas de procesamiento de tejido salen de los objetivos del presente artículo y sólo queremos subrayar que la colaboración entre el endosonografista y el patólogo es crucial para compartir la información necesaria para el correcto procesamiento del tejido y así obtener las mejores oportunidades de un diagnóstico correcto, entendiendo que las diferentes técnicas de procesamiento se complementan frecuentemente.

En el caso del líquido de quistes pancreáticos, si es <0.5 ml, se envía a análisis bioquímico o es colectada en etanol para estudios moleculares, evitando el examen citológico.

Si la muestra de líquido es >0.5ml, una fracción puede ser enviada a estudio citológico y la otra para análisis bioquímico o estudios moleculares subrayando que cada prueba requiere al menos 0.3 ml.

Para las muestras moleculares, hay poca literatura sobre adecuación de la muestra y la celularidad tumoral es esencial, por ejemplo, pueden ser necesarias hasta 2,000 células y un 30% de celularidad tumoral para realizar un análisis genómico completo, pero el análisis puede ser exitoso con una celularidad tumoral <10%.

Referencias

1. Facciorusso A, Arvanitakis Marianna, Crino SF *et al. Endoscopic ultrasound-guided tissue sampling: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical and Techonolgy Review*. Endoscopy. 2025 Feb 27. doi: 10.1055/a-2524-2596.
2. Polkowski M, Jenssen C, Kaye P *et al. Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline – March 2017.* Endoscopy 2017;49:989-1006.
3. Facciorusso A, Gkolfakis P, Tziatzios G *et al. Comparison between EUS-guided fine-needle biopsy with or without rapid on-site valuation for tissue sampling of solid pancreatic lesions: A systematic review and meta-analysis.* Endosc Ultrasound 2022;11:458-465
4. Othsuka T, Fernández-Del Castillo C, Furukawa T *et al. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas.* Pancreatology 2024;24:255-270
5. Colán-Hernández J, Sendino O, Loras C *et al. Antibiotic prophylaxis is not required for endoscopic ultrasonography-guided fine-needle aspiration of pancreatic cystic lesions, based on a randomized trial.* Gastroenterology 2020;158:1642-1649

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

Imagen de várice sobre várice

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena
Dr. Jaime Eduardo Ruiz Ballesteros
Dr. César Fermín Cervantes Viloria

Paciente masculino de 63 años de edad con consumo crónico de bebidas alcohólicas, que presentó hemorragia del tubo digestivo alto de 24 horas de evolución manifestado por melena, asociado a náusea y ascitis. Se realizó una endoscopia digestiva superior encontrando en el esófago cuatro trayectos vasculares submucosos desde los 25 cms de la arcada dental, violáceos, ingurgitados, con fenómeno de várice sobre várice, que no aplanaban a la insuflación máxima, sin datos de sangrado activo al momento del estudio (Imagen 1). Se realizó una primera sesión de ligadura variceal de forma radial y ascendente, sin complicaciones (Imagen 2).



Imagen 1. Várices esofágicas grandes de Baveno.

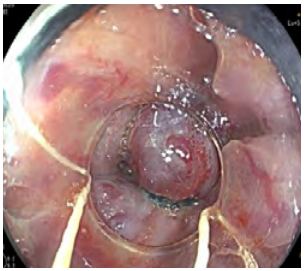


Imagen 2. Ligadura variceal.

Los pacientes con enfermedad hepática crónica en estadios avanzados y portadores de hipertensión portal clínicamente significativa (HVPG >10 mmHg, Elastografía >25 kPa) desarrollan complicaciones como várices esofágicas, ascitis, encefalopatía, peritonitis bacteriana espontánea, etcétera.

Las várices esofágicas son venas submucosas dilatadas que conectan las circulaciones portal y sistémica. La hemostasia endoscópica es el tratamiento de elección para controlar el sangrado activo y se debe realizar dentro de las siguientes doce horas posterior a la estabilización del paciente.

En caso de una hemorragia aguda, en un paciente hemodinámicamente estable y sin historia de enfermedad cardíaca, se debe seguir una estrategia de transfusión restrictiva (hemoglobina 7-9 g/dL) y se pueden utilizar agentes vasoactivos como terlipresina, ocreótide o somatostatina en casos necesarios.

Se recomienda el uso de ceftriaxona 1 g/día por siete días en todos los pacientes que ingresen con hemorragia variceal aguda. Se ha descrito en la literatura el uso de eritromicina intravenosa 250 mg, 30-120 minutos antes de la endoscopia para vaciar el contenido del estómago. La ligadura en banda (EBL, por sus siglas en inglés) es el tratamiento de elección para las várices esofágicas y la inyección intravariceal con cianoacrilato se reserva para las várices gástricas (clasificación de Sarín GOV2, IGV1).

Referencias

1. Gralnek IM, Duboc MC, Garcia-Pagan JC, Fuccio L, Karstensen JG, Hucl T, *et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.* Endoscopy. 2022;54(11):1094-120.

2. Bunnag K, *et al. Comparison of 1 day vs. 5 days of octreotide infusion along with endoscopic therapy in preventing early rebleeding and mortality from esophageal varices: a nationwide, non-inferiority, randomized control trial – preliminary result.* 300 - DDW 2024, Washington.

¿Es buena idea retirar el ácido acetilsalicílico en el sangrado de tubo digestivo?

Dr. Josué Sarabia Salinas
Cardiología



Es cada vez más frecuente encontrarnos frente a pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica y tratados con implantación de al menos un *stent*; por lo tanto, también existe un incremento en la población que requiere tratamiento con antiagregantes plaquetarios (AAS/inhibidor de P2Y12) o terapia anticoagulante, lo que aumenta el riesgo de presentar sangrado de tubo digestivo por úlceras, divertículos y sangrados posterior a procedimientos endoscópicos.

Aún después de un año de la presentación de un infarto y su tratamiento intervencionista, el paciente continuará en el mayor de los casos con ácido acetilsalicílico (AAS) por el resto de su vida.

Cuando se presenta un evento agudo de sangrado de tubo digestivo (STD) en el paciente con uso crónico de AAS, es frecuente que exista la duda respecto a continuar el fármaco o su retiro y tiempo de reinicio de la antiagregación plaquetaria. ¿Qué debemos hacer?

Lo primero es aclarar que este escrito sólo está enfocado en un contexto de sangrado agudo de tubo digestivo, el cual ha sido programado para endoscopia y se encuentra bajo tratamiento antiplaquetario para prevención secundaria de eventos cardiovasculares.

La evidencia es débil y está basada en recomendación de expertos y estudios sin alto poder estadístico.

Se recomienda realizar una endoscopia en <24 horas en sangrado de tubo digestivo alto y de 24 a 36 horas en sangrado de tubo digestivo bajo.

Es importante recordar que posterior a la ingesta de AAS, el efecto sobre la síntesis de tromboxano será normal hasta después de 7 a 10 días (vida media de las plaquetas); por lo tanto, interrumpirla en el contexto de STD tendrá un nulo o mínimo efecto en el resultado del procedimiento endoscópico y, en caso de que se decida suspenderla, se debe reiniciar en las primeras 24 horas posterior a la resolución endoscópica del sangrado para disminuir el riesgo trombótico en pacientes portadores de un stent.

Es muy frecuente que veamos pacientes con uso crónico de AAS únicamente para prevención primaria; sin embargo, las indicaciones para su uso de forma "preventiva" son escasas y la administración no justificada de de este medicamento en un paciente con otros factores de riesgo para STD (por ejemplo, añoso, con ingesta de esteroides o anticogulantes, infección con *Helicobacter pylori* e historia de STD) sólo confiere riesgo innecesario de morbimortalidad sin la disminución de eventos cardiovasculares de forma significativa. Además, dosis mayores a 100 mg de AAS al día sólo incrementan el riesgo de STD y no disminuyen eventos cardiovasculares con respecto a la dosis baja (75-100 mg).

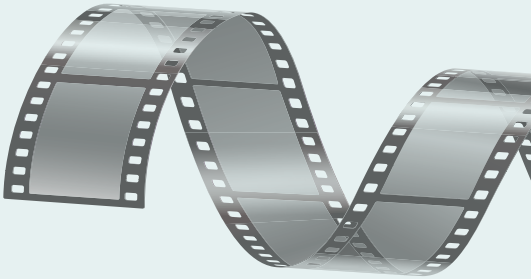
Sin duda, la prevención es la meta y, aunque las guías difieran en el perfil de riesgo necesario para inicio de inhibidores de la bomba de protones (IBP), su uso ha demostrado disminuir el STD, incluso en pacientes de bajo riesgo y en tratamiento con AAS, doble terapia antiagregante o anticoagulante.

Tomando en cuenta el buen perfil de seguridad y eficacia del IBP, nuestra tarea como cardiólogos debe ser estratificar a los pacientes de alto riesgo para STD y asegurarnos, al menos en ellos, que el tratamiento incluya un IBP.

Para finalizar, el trabajo en conjunto es mejor, por lo tanto, el cardiólogo y el endoscopista deberán decidir, bajo la evidencia que actualmente existe, si realmente es útil suspender el AAS y priorizar su reinicio para disminuir la probabilidad de eventos cardiovasculares por trombosis.

Referencias

1. Rao, S. V., O'Donoghue, M. L., Ruel, M., *et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.* Circulation, 2025,151(13),e771–e862.
2. Abraham, N. S., Barkun, A. N., Sauer, B. G., *et al. American College of Gastroenterology-Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Management of Anticoagulants and Antiplatelets During Acute Gastrointestinal Bleeding and the Periendoscopic Period.* The American journal of gastroenterology, 2022;117(4), 542–558.
3. Baik, M., Jeon, J., Kim, J., & Yoo, J. *Proton Pump Inhibitor for Gastrointestinal Bleeding in Patients with Myocardial Infarction on Dual-Antiplatelet Therapy: A Nationwide Cohort Study.* Journal of epidemiology and global health, 2022;14(3),1142–1151.



Gol gana

La importancia de disfrutar el trabajo, sin importar el resultado

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Gol gana es una película, actualmente disponible en Disney+, que narra la historia de Thomas Rongen al llegar a la pequeña nación de Samoa Americana para ser entrenador de su selección nacional, que no ganaba un partido desde hacía más de 20 años, incluyendo una goliza ante Australia con un marcador de 31 goles a 0.

Rongen llega en un momento que no era el mejor, tanto en su vida profesional como personal. Se enfrenta a un choque cultural y cambio de visión de vida totalmente opuesto a lo acostumbrado en Estados Unidos, de manera que, sin saberlo, era justo lo que necesitaba.

La película nos presenta algunos personajes que se convierten en maestros de vida para Rongen, cuando se supone que él era quien llegaba para enseñarles algo a esos jugadores. Al final de la historia, se muestra perfectamente cómo ambas partes se necesitaban mutuamente para enseñarse, sanar, evolucionar, pero sobre todo para explotar su potencial, una vez que aceptaron sus roles y disfrutaban sus acciones.

Una historia como esta nos recuerda lo difícil que puede ser el camino de estudiar medicina (y cualquier carrera profesional), los sacrificios, las interminables y variadas historias personales de todos nosotros, las personas con las que nos cruzamos en este largo camino, que nos nutren de experiencia, sobre todo los múltiples maestros que tenemos en esta vida. Estos maestros los encontramos en los profesores que nos dan clases o nos asisten en las rotaciones, en nuestros compañeros (médicos, enfermería, personal hospitalario) y hasta en los mismos pacientes; todos nos nutrimos a diferentes niveles.

El camino de la medicina es vivido de maneras diferentes, pero todos los que hemos llegado lejos tenemos algo en común: es nuestro sueño, lo hemos disfrutado y debemos agradecer a la infinidad de maestros que han contribuido a ser lo que somos. Tampoco debemos olvidar que nosotros mismos, sin pensarlo, somos maestros o puntos de referencia para otros más, ninguno está aislado.

Los últimos minutos de la película, peculiarmente el último discurso del entrenador a su equipo en los vestidores durante el medio tiempo, pueden ser palabras que cualquiera de nosotros pudo haber querido escuchar en algún momento de madrugada, previo a una entrega de guardia o a algún examen de farmacología clínica, cuando los datos de nuestro protocolo no concordaban, sin recordar el número de tazas de café que habíamos bebido, tan solo esperando el momento de querer irnos a casa, pero no lo hicimos, porque estudiar medicina es nuestro disfrute.