

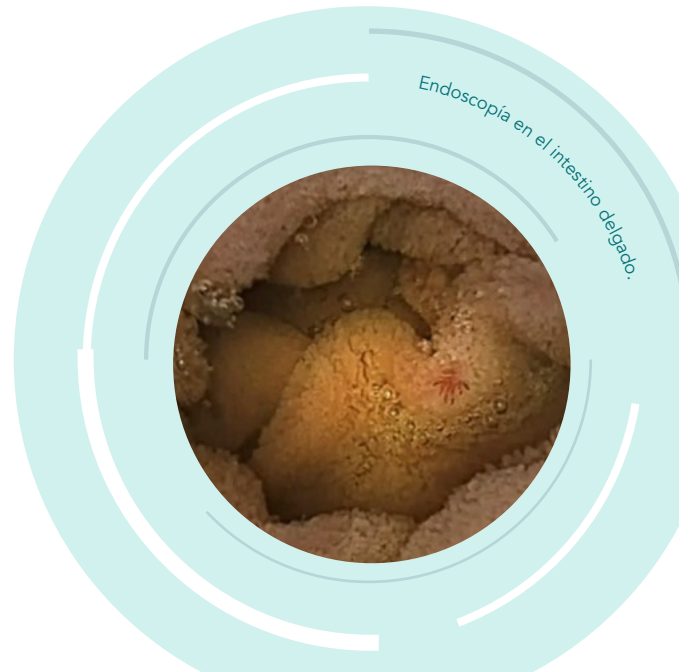
gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ENTEROSCOPIA

Endoscopia en el intestino delgado. ¿Qué hay de nuevo?

- **Balón intragástrico**
- **Cuándo sí y cuándo no realizar una colangiografía endoscópica**
- **Ultrasonido endoscópico como herramienta diagnóstica en pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis**





DIRECTORIO

Presidente de la AMEG:

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

Coordinación Editorial:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

Dra. Alejandra Noble Lugo

Diseño Editorial y diagramación:

D.G.E. Cynthia Castañeda Hernández

Edición y corrección de estilo:

Lic. Alejandro Figueroa López

Colaboradores:

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. P. L. Pérez-Santos

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dr. J. A. Romero-Lozania

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. M. I. Torres-Ruiz

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. J.C. Zavala-Castillo

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

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

5 ENDOSCOPIG

6 BARIATRÍA

Balón intragástrico

Dr. Andrés Rodríguez Parra

12 ENTEROSCOPIA

Endoscopia en el intestino delgado. ¿Qué hay de nuevo?

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

14 ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

Ultrasonido endoscópico como herramienta diagnóstica en pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis

P.L. Pérez-Santos / J.A. Romero-Lozania / J.C. Zavala-Castillo / M.I. Torres-Ruiz

18 EN VÍA BILIAR

Cuándo sí y cuándo no realizar una colangiografía endoscópica

Dr. Jony Cerna Cardona

20 PÓLIPOS

¿Es suficiente la resección endoscópica R0 en el tratamiento de tumores neuroendócrinos ileales?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

22 MEDI-CINE

Convergencia

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

23 ¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Estimados compañeros amantes de la endoscopia:

Como un socio más, les deseo un excelente 2024. Espero que el programa académico que ya iniciamos con la participación del Consejo Directivo actual, tanto en el Congreso Panamericano de Gastroenterología y Endoscopia en Santiago de Chile, con un simposio durante el Congreso Nacional de Cirugía, en la elección de la nueva Mesa Directiva de la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva, el simposio conjunto AMG-AMEG durante la SENAGA y el aval del 3er Curso de Endoscopia Biliar y Pancreática desde Morelia, así como el programa planeado para el resto de 2024, cumpla sus expectativas.

Centraremos nuestro programa en la academia a través del uso de la tecnología más reciente, de tal manera que la oferta de enseñanza crezca y el acceso sea más sencillo. Hemos creado un programa líder con varios cursos organizados por expertos y con formatos que pueden incluir pláticas tradicionales, casos pregrabados o en vivo, así como charlas con expertos. Estos cursos estarán disponibles online y con práctica en LIEEG al final de cada tema y se repetirán durante el año.

También hemos incorporado un Club de Lectura (Journal Club) semanal, donde se analizarán artículos relevantes por dos expertos internacionales.

Asimismo, se han programado sesiones quincenales donde se discutirán temas relacionados a la endoscopia de manera menos formal que las sesiones mensuales, con mucha más posibilidad de interacción y EndoPerlas que se enviarán por las distintas redes sociales.

El Curso de Preparación para el examen (ahora llamado EndoPrep) y para Asistentes en Endoscopia, se han renovado por completo.

Hemos agregado una sección diseñada para tratar de resolver dudas diagnóstico-terapéuticas con la participación de expertos en el área, llamada EndoPro - Consulta Experta. Finalmente, hemos reactivado GEMA como un medio de comunicación entre los socios, con tema endoscópicos y relacionados.

El Centro de Control es una página Web rediseñada y unificada, donde se podrá encontrar todo lo relacionado con la endoscopia en México. Por favor, conéctense a las nuevas redes sociales para mantenerse actualizados.

Y énfasis: recuerden que la AMEG la formamos todos. Su participación con videos de casos clínicos y artículos son esenciales para continuar nutriendo a nuestra Asociación.

Dr. José Guillermo de la Mora Levy
Presidente de la AMEG

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.**



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

Revisar IPP:



¿Cuáles son los *trending topics* en endoscopia gastrointestinal?

La American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) y el Comité Editorial de Gastrointestinal Endoscopy (GIE) realizaron su análisis anual bibliométrico para 2023, en el cual se revisaron artículos originales publicados durante 2022 no solo en GIE, sino también en Endoscopy, JAMA, Lancet, NEJM, Gastroenterology y otras revistas de alto impacto.

El Comité Editorial de la ASGE escogió tres criterios para evaluar cada artículo: relevancia, novedad e impacto global en la práctica endoscópica. A continuación, compartimos parte el Top 5:

1. Inteligencia artificial en endoscopia.
2. Avances en disección endoscópica de la submucosa.
3. Innovación en esófago de Barrett.
4. Ultrasonido endoscópico intervencionista.
5. Técnicas de refinamiento para resección.

El primer lugar, la inteligencia artificial, incluye casos de EII, esófago de Barrett y cáncer colorrectal, por ejemplo, su uso para predecir la recaída en tiempo real de pacientes con colitis ulcerosa.

¿Quieres saber los puestos restantes?

- Mulki R *et al.* The 2022 top 10 list of endoscopy topics in medical publishing: an annual review by the ASGE editorial board. Vol 98, No. 6: 2023



Balón intragástrico

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Introducción

La obesidad, actualmente considerada como una pandemia, es una enfermedad crónica incurable, de etiología multifactorial, recurrente y progresiva, con una importante morbilidad y mortalidad. Posee una repercusión directa en el aspecto socioeconómico, físico y psicológico. Se estima que alrededor de 1.4 billones de adultos alrededor del mundo tienen sobrepeso u obesidad y que esta cifra podría duplicarse en el año 2030.^{1,2}

La obesidad tiene una serie de costos directos e indirectos, como el deterioro de la productividad, años de vida perdidos y calidad de vida reducida. Se estima que una modesta pérdida de peso de alrededor del 5% o 10% puede ser suficiente para retrasar o prevenir alguna enfermedad relacionada con la obesidad.³

Existe una vasta área de pacientes que no pueden acceder a una intervención para reducir el peso, ya que sólo el 1.1% de los pacientes elegibles con obesidad reciben tratamiento quirúrgico bariátrico primario. En contraste, las terapias endoscópicas, que han evolucionado como una alternativa atractiva para adelgazar, sólo están accesible en menos del 5% de los pacientes con obesidad.⁴

En este contexto, existen tres situaciones en las que el tratamiento endoscópico puede contribuir al beneficio del paciente con sobrepeso y obesidad:

1. Pacientes con sobrepeso u obesidad no mórbida con fracaso en el tratamiento médico aislado o como complemento a éste.
2. Pacientes que rechacen la cirugía, excesivo riesgo quirúrgico o a los que ésta les resulte contraindicada.

3. Pacientes con superobesidad que necesitan perder peso previo a la cirugía bariátrica para disminuir el riesgo quirúrgico.

De las alternativas endoscópicas gástricas disponibles, la que destaca por su aplicabilidad y difusión es, sin duda, el balón intragástrico (BIG).

El BIG es un dispositivo esférico y ajustable, fabricado de silicona de alta calidad, con una superficie suave, cuya finalidad es producir una saciedad precoz y vaciamiento lento tras alterar la motilidad gástrica.⁵

El BIG es una terapia temporal y reversible, con fin restrictivo que consiste en la colocación mediante endoscopia digestiva y guiada por fluoroscopia de un dispositivo inflable que reduce la capacidad gástrica para perder peso en pacientes con sobrepeso u obesidad como parte (idealmente) de un programa multidisciplinario.

El concepto de reducir el peso ocupando el espacio intragástrico fue documentado por DeBakey en 1983 como una complicación tardía de bezoar gástrico.⁶ 40 años después, Miller tomó este concepto y desarrolló una prótesis utilizada inicialmente en perros con pobres resultados.⁷

No fue hasta principios de los años ochenta cuando Lloyd y Mary Garren desarrollaron la llamada “burbuja gástrica”, un dispositivo de poliuretano con una válvula central colocado mediante endoscopia que se llenaba con 220 cc de aire y una duración inicial de cuatro meses, que fue retirado del mercado a inicios de los años noventa luego de no demostrar beneficio en la pérdida de peso.⁸

Tiempo después salieron al mercado dispositivos semejantes con mayor capacidad de llenado (tanto con aire como líquido). A finales de los noventa se fabricó el balón intragástrico Bioenterics® (comercializado sucesivamente por Allergan®, Orbera® y Apollo®), que permanece desde entonces y hasta la actualidad como el dispositivo de referencia con numerosos estudios publicados sobre seguridad y eficacia.⁹

Indicaciones

Al igual que en cirugía bariátrica, actualmente no existe un consenso internacional unificado acerca de los pacientes candidatos a BIG.

La terapia con BIG es una opción para pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) de $>27 \text{ kg/m}^2$ en Europa o $>35 \text{ kg/m}^2$ en Estados Unidos, quienes han fallado previamente en conseguir una disminución de peso mediante cambios en el estilo de vida (asesoría nutricional y plan de ejercicios).¹⁰

Se describen algunas situaciones puntuales:

1. La terapia con BIG es una opción para pacientes con IMC de 27 a 35 kg/m^2 en Europa o 30 a 35 kg/m^2 en Estados Unidos como terapia inicial temprana en pacientes no candidatos inicialmente para cirugía bariátrica, previniendo o mejorando alguna condición médica relacionada al sobrepeso y obesidad.¹¹
2. Pacientes con IMC $>40 \text{ kg/m}^2$ o 35 kg/m^2 con una o más enfermedades relacionadas con la obesidad para quienes la cirugía como primera elección es de alto riesgo.¹²
3. Pacientes con IMC $>50 \text{ kg/m}^2$ como terapia puente previa a cirugía bariátrica.¹³

Contraindicaciones

Es importante una adecuada evaluación, enfocada en un historial clínico completo en búsqueda de posibles contraindicaciones.

La detección oportuna de cada uno de estas condicionantes podría evitar serias complicaciones.

Contraindicaciones absolutas:^{14,15}

- a. Antecedente de cirugía esofágica o gástrica (que condiciona distorsión de la anatomía).
- b. Coagulopatías.
- c. Varices gastroesofágicas.
- d. Hernia hiatal $>5 \text{ cm}$.
- e. Úlceras pépticas o condiciones que sean propensas a sangrado en el tracto gastrointestinal superior.
- f. Embarazo o deseo de embarazo.
- g. Alcoholismo o drogadicción.
- h. Enfermedad hepática grave.
- i. Contraindicaciones de endoscopia (incluso en balones digeribles).

Contraindicaciones relativas:^{14,15}

- a. Cirugía abdominal previa.
- b. Angiectasias.
- c. Esofagitis eosinofílica.
- d. Pacientes seropositivos infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- e. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).
- f. Consumo frecuente de AINEs y corticoides.
- g. Trastornos psiquiátricos no controlados.

No es contraindicación:¹⁵

- a. Esofagitis A y B de Los Ángeles.
- b. Gastritis crónica inactiva.
- c. Pacientes con pólipos benignos y/o hiperplásicos pequeños.
- d. Pacientes con *Helicobacter pylori*.

Tipos de balón intragástrico

Existe variedad de sistemas de BIG, sin embargo, no todos están disponibles en nuestro medio. A continuación, resumimos los más conocidos (Tabla 1).

Eficacia de la terapia de BIG

Su eficacia ha sido demostrada en múltiples estudios. El porcentaje de pérdida de peso varía según el tipo de balón, el componente de llenado (gas o líquido), el volumen y el tiempo hasta el retiro.

Sistema	Fabricante	Material	Cantidad de llenado	Duración del tratamiento	Inserción y retiro	Aprobación por FDA	Efectos adversos	Eficacia
Obrera	Apollo Endosurgery® (Texas, EUA)	Silicona	400 a 700 cc (líquido)	6-12 meses (Orbera365®)	Endoscopia/ endoscopia	Sí	1.6% migración, perforación, muerte	32% EWL, 11.3% TWL al
Sistema ajustable Spatz	Spatz Medical® (Great Neck, NY, EU)	Silicona	400 a 550 cc (líquido). El volumen puede ser ajustado entre 300-800 cc	12 meses	Endoscopia/ endoscopia	Bajo revisión	5.3% síntomas gastrointestinales persistentes (acomodación)	45 a 49% EWL. 14,9% TWL a 8 meses.17
Obalon	Obalon Therapeutics®, (Carlsbad, CA, EU)	Nailon/ polietileno, silicona, titanio	250 cc (gas nitrógeno) por balón (3 balones colocados cada 9-12 semanas)	6 meses	Digerible/ endoscopia	Sí	0.15% dolor, perforación	10% TWL a 6 meses.18
Reshape Balón Dual	Reshape Medical® (San Clemente, CA, EU)	Silicona	750 a 900 cc (líquido)	6 meses	Endoscopia/ endoscopia	No	9% retiro precoz	28% EWL.19
Elipse	Allurion Technologies® (MA, EU)	Poliuretano	550 cc (líquido)	4 meses	Digerible, no requiere extracción	No	Sin datos	37% EWL.20

Tabla 1. Tipos de balones intragástricos.

FDA: US Food and Drug Administration

EWL: Excess Weight Loss

TWL: Total Weight Loss

Generalmente se observa una pérdida del 33% del exceso de peso o un 10% del peso corporal total.²¹ En la experiencia brasileña (>40.000 procedimientos) se reportó una pérdida promedio del 18.4 +/- 2.9% del peso total corporal.²²

Comparación con otras terapias

Hasta el momento no existen estudios que comparen directamente BIG con alternativas farmacológicas o quirúrgicas. Sin embargo, de los resultados de la terapia de BIG se reportan mejores en comparación con los cambios en el estilo de vida (2 s 9% TWL vs 8 a 15% TWL) pero inferiores a los de la cirugía bariátrica (25 a 38% EWL vs 60 a 70% EWL para manga gástrica y *bypass* gástrico).²³

Manejo del paciente

El paciente debe estar asesorado por un equipo multidisciplinario que brinde una adecuada información e instrucciones antes de la implantación de cualquier sistema de BIG (endoscópica o no). Usualmente se sugiere una asesoría nutricional con una especialista en el 100% de los casos.²²

Como parte de la estrategia, 24 horas de una ingesta estricta de líquidos claros 24 horas antes de la colocación del BIG suelen ser necesaria para reducir los residuos gástricos, sobre todo en la etapa de retiro. La monitorización en los primeros días es fundamental para detectar de manera precoz cualquier potencial complicación. La dieta (inicialmente hipocalórica e hiperoprotéica) se progresará a sólidos luego de la una a dos semanas que deben incluir tres ingestas al día en pequeñas porciones, bien masticadas y evitando la ingesta de bebidas con alto contenido calórico.²⁴

Efectos adversos

Periodo de acomodación/adaptación

Típicamente se reconoce en la mayoría de los pacientes la presencia de síntomas gastrointestinales correspondientes a un periodo de acomodación gástrica de hasta 15 días de duración.¹⁵ Los síntomas, frecuentes, desde el 30% al 80% de los pacientes, son náusea, vómito, deshidratación, reflujo gastrointestinal, distensión abdominal, dolor en epigastrio, retroesternal o en hipocondrio izquierdo, dispepsia, diarrea y estreñimiento.¹⁶

Como parte de la prevención (profilaxis) y tratamiento de estos síntomas se recomienda en todos los pacientes el uso de fármacos por el periodo de tres a cinco días hasta 15 días posteriores a la colocación, como analgésicos de venta libre (tratando de evitar el uso de (AINE), antieméticos líquidos o sublinguales (ondansetron, dimenhidranato) e inhibidores de la bomba de protones; estos últimos serán utilizados durante todo el tratamiento.²²

En el caso de que los síntomas persistan o empeoren es recomendado valorar al paciente en un centro hospitalario e investigar posibles complicaciones. La presencia de vómito y dolor persistente en ausencia de complicaciones es la principal causa de retiro precoz.^{15,16}

Las complicaciones más graves que se describen son migración (1.4%), hiperinsuflación (0.9%), úlcera gástrica (0.3%), obstrucción intestinal (0.3%), perforación gástrica (0.1%), pancreatitis aguda y muerte (0.08%).^{15,16,25}

En casos puntuales como pancreatitis leve, sangrado gastrointestinal leve controlado espontáneamente, esofagitis grave, Síndrome de Mallory-Weiss tratado mediante endoscopia, deficiencia de micronutrientes o desórdenes alimenticios leves, el BIG se podría mantener con una estricta vigilancia del paciente.¹⁵

La laceración y perforación esofágica o de la unión esofagogástrica suponen una de las complicaciones relacionadas con la implantación o el retiro del dispositivo, presentándose incluso en los endoscopistas más experimentados. Se ha observado que en pacientes con cierto grado de inflamación y edema de esta área causa la laceración debido a la impactación del dispositivo intragástrico.²⁶ El tratamiento es variable dependiendo del tiempo al diagnóstico, en algunas ocasiones pudiendo ser susceptible de tratamiento endoscópico.

Retiro del BIG

Corresponde a uno de los momentos más críticos. La resistencia de los esfínteres esofágicos, la consistencia del material y la inexperiencia del endoscopista son predictores fallo en el retiro. Se sugiere intubación endotraqueal durante el procedimiento y una exhaustiva valoración de la mucosa esofagogástrica para tratar complicaciones potenciales.^{27,28}

Tratamiento adicional posterior al retiro del BIG

La reganancia de peso constituye un problema común en el tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad, tanto con el uso de alternativas endoscópicas o quirúrgicas. Con un continuo cambio en el estilo de vida (dieta y ejercicio), el 50% del peso perdido durante el tratamiento con BIG puede ser mantenido por al menos un año posterior al retiro. Por lo que la modificación en las estrategias nutricionales y ejercicio deben mantenerse para minimizar la reganancia de peso.²⁹

La farmacoterapia, el ajuste o la reimplantación del BIG y la cirugía bariátrica son alternativas disponibles para mantener la pérdida de peso.^{29,30,31}

Referencias

1. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation.* World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii, 1-253. PMID: 11234459.
2. Lau DC, Teoh H. *Benefits of modest weight loss on the management of type 2 diabetes mellitus.* Can J Diabetes. 2013 Apr;37(2):128-34. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.03.023. Epub 2013 Apr 23. PMID: 24070804.)
3. Muniraj T, Day LW, Teigen LM, Ho EY, Sultan S, Davitkov P, Shah R, Murad MH. *AGA Clinical Practice Guidelines on Intra-gastric Balloons in the Management of Obesity.* Gastroenterology. 2021 Apr;160(5):1799-1808. doi: 10.1053/j.gastro.2021.03.003. PMID: 33832655.
4. Gomez V, Woodman G, Abu Dayyeh BK. *Delayed gastric emptying as a proposed mechanism of action during intra-gastric balloon therapy: Results of a prospective study.* Obesity (Silver Spring) 2016;24:1849-53.
5. DeBakey M, Ochsner A. *Bezoars and concretions: a comprehensive review of the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases.* Surgery. 1938;4:934-63.
6. Miller JD. *Intra-gastric prosthesis for management of obesity.* World J Surg. 1982;6:492.
7. Gleysteen JJ. *A history of intra-gastric balloons.* Surg Obes Relat Dis. 2016;12:430-5.
8. Espinet Coll E, Lpez-Nava Breviere G, Nebreda Dur.n J, Marra-Lpez, Valenciano C, Turr. Arau R, Esteban Lpez-Jamar JM, Mu.oz-Navas M. *Documento Español de Consenso en Endoscopia Bariátrica. Parte 2. Tratamientos endoscópicos específicos.* Rev Esp Enferm Dig 2019;111(2):140-154.
9. Mathus-Vliegen EM. *Endoscopic treatment: the past, the present and the future.* Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2014 Aug;28(4):685-702. doi: 10.1016/j.bpg.2014.07.009. Epub 2014 Jul 11. PMID: 25194184.
10. Martins Fernandes FA Jr, Carvalho GL, Lima DL, Rao P, Shaddock PP, Montandon ID, de Souza Barros J, Rodrigues IL. *Intra-gastric Balloon for Overweight Patients.* JSLS. 2016 Jan-Mar;20(1):e2015.00107. doi: 10.4293/JSLS.2015.00107. PMID: 26955259; PMCID: PMC4777670.
11. Stanford FC, Kyle TK, Claridy MD, Nadglowski JF, Apovian CM. *The influence of an individual's weight perception on the acceptance of bariatric surgery.* Obesity (Silver Spring). 2015 Feb;23(2):277-81. doi: 10.1002/oby.20968. Epub 2014 Dec 28. PMID: 25546377; PMCID: PMC6339569.
12. Göttig S, Weiner RA, Daskalakis M. *Preoperative weight reduction using the intra-gastric balloon.* Obes Facts. 2009;2 Suppl 1(Suppl 1):20-

3. doi: 10.1159/000198243. Epub 2009 Mar 18. PMID: 20124772; PMCID: PMC6444689.
13. Dumonceau JM. *Evidence-based review of the Bioenterics intragastric balloon for weight loss*. *Obes Surg*. 2008 Dec;18(12):1611-7. doi: 10.1007/s11695-008-9593-9. Epub 2008 Jun 21. PMID: 18568377.
14. Ribeiro IB, Kotinda APST, Sánchez-Luna SA, de Moura DTH, Mancini FC, de Souza TF, Matuguma SE, Sakai CM, Rocha RSP, Luz GO, Lera Dos Santos ME, Chaves DM, Franzini TAP, de Moura ETH, de Moura EGH. *Adverse Events and Complications with Intragastric Balloons: a Narrative Review (with Video)*. *Obes Surg*. 2021 Jun;31(6):2743-2752. doi: 10.1007/s11695-021-05352-7. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33788158.
15. ASGE Bariatric Endoscopy Task Force and ASGE Technology Committee, Abu Dayyeh BK, Kumar N, et al. *ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting endoscopic bariatric therapies*. *Gastrointest Endosc* 2015;82:425–38.e5.
16. Abu Dayyeh BK, Noar MD, Lavin T, et al. *176 pivotal randomized-controlled trial of the adjustable (Spatz-3) intragastric balloon system for weight loss*. *Gastrointest Endosc*. 2019;89(6):AB58-AB59.
17. Sullivan S, Swain J, Woodman G, et al. *Randomized sham-controlled trial of the 6-month swallowable gas-filled intragastric balloon system for weight loss*. *Surg Obes Relat Dis* 2018;14:1876–89.
18. Ponce J, Woodman G, Swain J, et al. *The REDUCE pivotal trial: a prospective, randomized controlled pivotal trial of a dual intragastric balloon for the treatment of obesity*. *Surg Obes Relat Dis* 2015; 11:874.
19. Jirapinyo P, Thompson CC. *Obesity Primer for the Practicing Gastroenterologist*. *Am J Gastroenterol*. 2021 May 1;116(5):918-934. doi: 10.14309/ajg.0000000000001200. PMID: 33840730.
20. Courcoulas A, Abu Dayyeh BK, Eaton L, Robinson J, Woodman G, Fusco M, Shayani V, Billy H, Pambianco D, Gostout C. *Intragastric balloon as an adjunct to lifestyle intervention: a randomized controlled trial*. *Int J Obes (Lond)*. 2017 Mar;41(3):427-433. doi: 10.1038/ijo.2016.229. Epub 2016 Dec 23. PMID: 28017964.
21. Neto MG, Silva LB, Grecco E, de Quadros LG, Teixeira A, Souza T, Scarparo J, Parada AA, Dib R, Moon R, Campos J. *Brazilian Intragastric Balloon Consensus Statement (BIBC): practical guidelines based on experience of over 40,000 cases*. *Surg Obes Relat Dis*. 2018 Feb;14(2):151-159. doi: 10.1016/j.soard.2017.09.528. Epub 2017 Sep 28. PMID: 29108896.
22. ASGE/ASMBS Task Force on Endoscopic Bariatric Therapy. *A pathway to endoscopic bariatric therapies*. *Surg Obes Relat Dis*. 2011 Nov-Dec;7(6):672-82. doi: 10.1016/j.soard.2011.09.008. Epub 2011 Sep 17. PMID: 22082971.
23. N. T. Nguyen et al. (eds.), *The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery*, https://doi.org/10.1007/978-3-030-27021-6_34
24. .Alsohaibani, F.I., Alkasab, M., Abufarhaneh, E.H. et al. *Acute Pancreatitis as a Complication of Intragastric Balloons: a Case Series*. *OBES SURG* 29, 1694–1696 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11695-019-03796-6>
25. Paspatis GA, Arvanitakis M, Dumonceau JM, Barthet M, Saunders B, Turino SY, Dhillon A, Fragaki M, Gonzalez JM, Repici A, van Wanrooij RLJ, van Hooft JE. *Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement - Update 2020*. *Endoscopy*. 2020 Sep;52(9):792-810. doi: 10.1055/a-1222-3191. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32781470.
26. Neto G, Campos J, Ferraz A, Dib R, Ferreira F, Moon R, Teixeira A. *An alternative approach to intragastric balloon retrieval*. *Endoscopy*. 2016;48 Suppl 1 UCTN:E73. doi: 10.1055/s-0042-101856. Epub 2016 Feb 19. PMID: 26895176.
27. Cambi, M.P.C., Baretta, G.A.P., Magro, D.D.O. et al. *Multidisciplinary Approach for Weight Regain—how to Manage this Challenging Condition: an Expert Review*. *OBES SURG* 31, 1290–1303 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05164-1>
28. Gaur S, Levy S, Mathus-Vliegen L, Chuttani R. *Balancing risk and reward: a critical review of the intragastric balloon for weight loss*. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(6):1330-6. doi: 10.1016/j.gie.2015.01.054. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25887720.
29. Farina MG, Baratta R, Nigro A, Vinciguerra F, Puglisi C, Schembri R, Virgilio C, Vigneri R, Frittitta L. *Intragastric balloon in association with lifestyle and/or pharmacotherapy in the long-term management of obesity*. *Obes Surg*. 2012 Apr;22(4):565-71. doi: 10.1007/s11695-011-0514-y. PMID: 21901285.
30. Alfredo G, Roberta M, Massimiliano C, Michele L, Nicola B, Adriano R. *Long-term multiple intragastric balloon treatment—a new strategy to treat morbid obese patients refusing surgery: prospective 6-year follow-up study*. *Surg Obes Relat Dis*. 2014 Mar-Apr;10(2):307-11. doi: 10.1016/j.soard.2013.10.013. Epub 2013 Oct 25. PMID: 24462306.
31. Coffin B, Maunoury V, Pattou F, Hébuterne X, Schneider S, Coupaye M, Ledoux S, Iglicki F, Mion F, Robert M, Disse E, Escourrou J, Tuyeras G, Le Roux Y, Arvieux C, Pouderoux P, Hutten N, Alfaiate T, Hajage D, Msika S. *Impact of Intragastric Balloon Before Laparoscopic Gastric Bypass on Patients with Super Obesity: a Randomized Multicenter Study*. *Obes Surg*. 2017 Apr;27(4):902-909. doi: 10.1007/s11695-016-2383-x. PMID: 27664095.

Endoscopia en el intestino delgado.

¿Qué hay de nuevo?

Uso de la talidomida para la hemorragia recurrente secundaria a angiectasias del intestino delgado

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

La hemorragia recurrente del intestino delgado (ID) representa del 5% al 10% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal y continúa siendo un reto terapéutico. Las angiectasias del intestino delgado (AID) son una anomalía vascular caracterizada por la acumulación focal de vasos ectásicos en la mucosa y submucosa, siendo una de las causas más frecuentes de hemorragia de intestino delgado, especialmente entre los pacientes mayores de 50 años.

Las estrategias terapéuticas en estos pacientes van desde la embolización mediante la angiografía, ablación local con el uso de técnicas endoscópicas o resección quirúrgica. Sin embargo, la hemorragia recurrente después de un procedimiento endoscópico o quirúrgico es común y puede resultar en complicaciones graves o, incluso, en la muerte.

Los resultados de los estudios observacionales sugieren que el tratamiento con somatostatina y octreotida pueden ser eficaces, sin embargo, se necesitan ensayos aleatorizados y controlados para proporcionar evidencia para guiar las decisiones terapéuticas. La talidomida se ha evaluado de manera temprana desde 2003 para el tratamiento de la hemorragia recurrente debida a las AID, pero faltan ensayos clínicos confirmatorios.

Huimin Chen y cols llevaron a cabo un ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo para investigar la eficacia y seguridad de la talidomida para el tratamiento de la hemorragia debida a las AID. Este ensayo se llevó a cabo desde abril de 2016 hasta diciembre de 2020 en diez sitios en China.

Se incluyeron pacientes con hemorragia recurrente (al menos cuatro episodios de hemorragia durante el año previo), debido a la hemorragia de AID se asignaron aleatoriamente para recibir talidomida en una dosis diaria oral de 100 o 50 mg, o bien, placebo durante cuatro meses. Los pacientes fueron seguidos durante al menos un año después de los cuatro meses de tratamiento.

El criterio principal de valoración fue la respuesta efectiva, que se definió como una reducción de al menos el 50% en el número de episodios hemorrágicos que ocurrieron durante el año posterior al finalizar el tratamiento con talidomida, en comparación con el número ocurrido durante el año previo al tratamiento. Los objetivos secundarios fueron el cese de la hemorragia sin episodios de resangrado, transfusión sanguínea, hospitalización, duración de la hemorragia y los niveles de hemoglobina.

En total, 150 pacientes se sometieron a aleatorización: 51 a la talidomida de 100 mg, 49 al grupo de 50 mg de talidomida y 50 al grupo de placebo. Los porcentajes de pacientes con una respuesta efectiva en el grupo de 100 mg de talidomida, talidomida de 50 mg y el grupo de placebo fueron de 68.6%, 51.0% y 16.0%, respectivamente ($P < 0.001$ para la comparación simultánea en los tres grupos).

El uso de terapias de apoyo fue similar entre los tres grupos. De los 150 pacientes, dos recibieron somatostatina IV: un paciente del grupo de 100 mg de talidomida fue tratado por vía IV dos veces, y un paciente en el grupo de placebo fue tratado por vía IV tres veces. No se trató a ningún paciente con octreotida.

Se notificaron eventos adversos en el 68.6% de los pacientes en el grupo con 100 mg de talidomida (35 de 51), en el 55.1% de los pacientes del grupo de 50 mg de talidomida (27 de 49) y en el 28.0% de los pacientes en el grupo placebo (14 de 50); estos eventos incluyeron estreñimiento, somnolencia, entumecimiento de las extremidades, edema periférico, mareos y niveles elevados de enzimas hepáticas.

Los investigadores mostraron que la talidomida redujo de manera significativa el número de episodios hemorrágicos durante un año posterior al periodo de

tratamiento de cuatro meses en pacientes con hemorragia recurrente por AID, pero con efectos adversos, sugiriendo que se debe de reproducir este ensayo en población fuera de China.

Como experta en el diagnóstico y manejo de las patologías del intestino delgado y de acuerdo con lo publicado a través de los años, el tratamiento de primera elección para las lesiones vasculares del tipo de las angiectasias es el endoscópico. Sin embargo, no siempre se encuentra disponible el enteroscopia y el argón plasma, además de que sabemos que en muchas ocasiones llegan a ser lesiones múltiples y con una tasa alta de resangrado, por lo que debemos de considerar una terapia combinada, tanto la endoscópica como farmacológica, llegándose a utilizar desde análogos de somatostatina como la octreótida, terapia hormonal y talidomida.

Tenemos que individualizar cada caso, valorando costos, disponibilidad y efectos adversos. De los tres medicamentos antes mencionados, con el que se tiene mejores resultados es la octreotida, por lo que recomiendo su uso si es que se tiene acceso a ésta, sin embargo, en ocasiones por el costo no es accesible para todos los pacientes, por lo que se podría considerar el uso de la talidomida como tratamiento farmacológico, vigilando siempre sus efectos adversos.



Referencias

1. Chen H, Wu S, Tang M, Zhao R, Zhang Q, Dai Z, Gao Y, Yang S, Li Z, Du Y, Yang A, Zhong L, Lu L, Xu L, Shen X, Liu S, Zhong J, Li X, Lu H, Xiong H, Shen Y, Chen H, Gong S, Xue H, Ge Z. *Thalidomide for Recurrent Bleeding Due to Small-Intestinal Angiodysplasia*. N Engl J Med. 2023 Nov 2;389(18):1649-1659.

Ultrasonido endoscópico como herramienta diagnóstica en pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis

P.L. Pérez-Santos, J.A. Romero-Lozanía, J.C. Zavala-Castillo y M.I. Torres-Ruiz

Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"

Estudios recientes realizados en la población estadounidense revelan que el 10% de los adultos desarrollarán coledocolitiasis sintomática en el transcurso de una década.¹ Entre aquellos con coledocolitiasis sintomática, del 10% al 20% presentan coledocolitiasis concomitante.² La coledocolitiasis puede ocasionar obstrucción biliar, colangitis y pancreatitis en un número significativo de pacientes.³

La Guía de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) de 2010 para la evaluación de la sospecha de coledocolitiasis propuso un algoritmo que utiliza la combinación de pruebas de función hepática, características clínicas y ecografía transabdominal para predecir el riesgo (alto [$>50\%$], intermedio [$10\%-50\%$], bajo [$<10\%$]) de cálculos en los conductos biliares.⁴

En pacientes con riesgo intermedio ($10\%-50\%$) de coledocolitiasis, tanto la ASGE como la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) sugieren la realización de ultrasonido endoscópico (USE) o colangiorresonancia magnética para confirmar el diagnóstico.^{3,5}

El ultrasonido endoscópico no requiere radiación ionizante, es sensible para cálculos menores de 5 mm y presenta una tasa de complicaciones significativamente menor (0.1% a 0.3%) que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).^{4,6}

Recientemente, Meng-Ying y colaboradores sometieron a pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis primero a USE, logrando evitar el 61.4% de los procedimientos de CPRE. La tasa general de complicaciones fue significativamente menor en el grupo de primero USE en comparación con el grupo de primero CPRE (6.8% frente a 21.7% , $P = 0.04$). La estrategia de primero USE fue más rentable que la estrategia de primero CPRE (costo medio \$2,322.89 frente a \$3,175.63, $P = 0.002$).⁷

En el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" se llevó a cabo un estudio retrospectivo con el objetivo de determinar la prevalencia de coledocolitiasis mediante ultrasonido endoscópico en pacientes con riesgo intermedio, de acuerdo con los criterios de la ASGE 2010.



Figura 1. Coledocolitiasis identificada mediante ultrasonido endoscópico en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital General de México.

Se analizaron 153 casos que acudieron al servicio por sospecha de coledocolitiasis. Según los criterios de la ASGE, el 56% de los casos se clasificó con riesgo intermedio, mientras que sólo el 44% se consideró con riesgo alto. De los 85 pacientes con riesgo intermedio, la edad promedio fue de 47±19 años y el 75% de los casos correspondían a mujeres. En cuanto a la confirmación de coledocolitiasis, se encontró que el 55% de los pacientes con riesgo intermedio presentaba esta condición, mientras que el 45% restante tuvo un resultado negativo.

Este estudio proporciona una perspectiva valiosa sobre la prevalencia de coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio, demostrando la utilidad del USE en este contexto y resaltando la importancia de estrategias diagnósticas efectivas para optimizar la atención clínica.

En resumen, la combinación de estudios epidemiológicos, guías de práctica clínica y evidencia de resultados clínicos respalda la implementación de enfoques estratificados y técnicas de imagen avanzadas, como el USE, para mejorar la precisión diagnóstica, reducir complicaciones y optimizar los recursos en el manejo de la coledocolitiasis.

Mirando hacia el futuro, en recientes estudios el uso del USE emerge como una prometedora herramienta en la evaluación de pacientes con alto riesgo de coledocolitiasis, presentando la posibilidad de mejorar la precisión diagnóstica y reducir la necesidad de procedimientos más invasivos. Esta perspectiva apunta hacia un papel cada vez más central del USE en el abordaje integral y eficiente de la coledocolitiasis en la práctica clínica.

Referencias

1. Figueiredo JC, Haiman C, Porcel J, Buxbaum J, Stram D, Tambe N, Cozen W, Wilkens L, Le Marchand L, Setiawan VW. *Sex and ethnic/racial-specific risk factors for gallbladder disease*. BMC Gastroenterol. 2017 Dec 8;17(1):153. doi: 10.1186/s12876-017-0678-6. PMID: 29221432; PMCID: PMC5723039.
2. Frossard JL, Morel PM. *Detection and management of bile duct stones*. Gastrointest Endosc. 2010 Oct;72(4):808-16. doi: 10.1016/j.gie.2010.06.033. PMID: 20883860.
3. ASGE Standards of Practice Committee; Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, Fishman DS, Qumseya BJ, Cortessis VK, Schilperoord H, Kysh L, Matsuoka L, Yachimski P, Agrawal D, Gurudu SR, Jamil LH, Jue TL, Khashab MA, Law JK, Lee JK, Naveed M, Sawhney MS, Thosani N, Yang J, Wani SB. *ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis*. Gastrointest Endosc. 2019 Jun;89(6):1075-1105.e15. doi: 10.1016/j.gie.2018.10.001. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30979521; PMCID: PMC8594622.
4. ASGE Standards of Practice Committee; Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Cash BD, Fisher L, Harrison ME, Fanelli RD, Fukami N, Ikenberry SO, Jain R, Khan K, Krinsky ML, Strohmeyer L, Dominitz JA. *The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis*. Gastrointest Endosc. 2010 Jan;71(1):1-9. doi: 10.1016/j.gie.2009.09.041. PMID: 20105473.
5. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Ah-Soune P, Barthet M, Domagk D, Dumonceau JM, Gigot JF, Hritz I, Karamanolis G, Laghi A, Mariani A, Paraskeva K, Pohl J, Ponchon T, Swahn F, Ter Steege RWF, Tringali A, Vezakis A, Williams EJ, van Hoof JE. *Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline*. Endoscopy. 2019 May;51(5):472-491. doi: 10.1055/a-0862-0346. Epub 2019 Apr 3. PMID: 30943551.
6. Molvar C, Glaenzer B. *Choledocholithiasis: Evaluation, Treatment, and Outcomes*. Semin Intervent Radiol. 2016 Dec;33(4):268-276. doi: 10.1055/s-0036-1592329. PMID: 27904245; PMCID: PMC5088099.
7. Lin MY, Lee CT, Hsieh MT, Ou MC, Wang YS, Lee MC, Chang WL, Sheu BS. *Endoscopic ultrasound avoids adverse events in high probability choledocholithiasis patients with a negative computed tomography*. BMC Gastroenterol. 2022 Mar 3;22(1):94. doi: 10.1186/s12876-022-02162-8. PMID: 35241000; PMCID: PMC8895914.

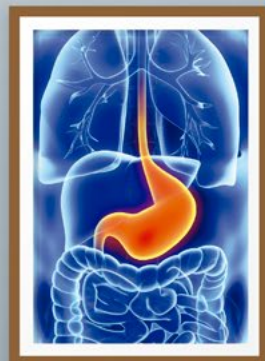
Ulsen® PCS

El IBP preciso

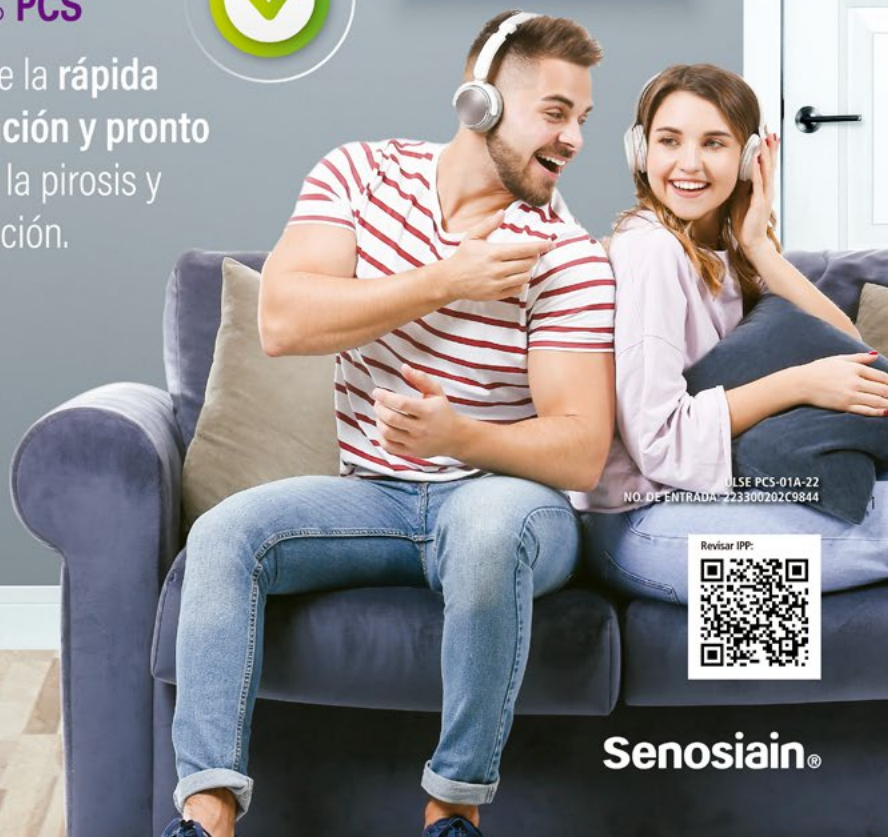
Es clave en el tratamiento de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Ulsen® PCS

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



95 años
Senosiain®



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

Revisar IPP:



Senosiain®

Cuándo sí y cuándo no realizar una colangiografía endoscópica

“Una CPRE sin indicación adecuada, es la crónica de una complicación anunciada”

Dr. Jony Cerna Cardona

Desde su introducción en 1968, la colangiografía endoscópica (CPRE) ha sido una herramienta costo-beneficio invaluable en el manejo de las patologías biliopancreáticas. Actualmente ha evolucionado de ser un procedimiento diagnóstico a ser un procedimiento completamente terapéutico, debido a mejoras en otras modalidades diagnósticas (colangiografía resonancia, tomografía y ultrasonido endoscópico).

La CPRE se considera un procedimiento invasivo de alto riesgo, por lo que conocer las indicaciones adecuadas para realizarla impacta en los resultados y desenlaces positivos del procedimiento, además de conocer las diversas opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles en la actualidad.

Las principales complicaciones asociadas a la CPRE son pancreatitis, hemorragia, perforación, colangitis y embolismo,

Tabla 1. Indicaciones principales de la colangiografía endoscópica.

Ictericia en el paciente con sospecha de obstrucción de la vía biliar.	Esfinterotomía endoscópica: Coledocolitiasis. Estenosis papilar o DEO (Disfunción del Esfínter de Oddi). Facilitar colocación de prótesis biliares o dilatación de estenosis.
Pacientes sin ictericia que tienen clínica, estudios bioquímicos o de imagen que sugieren enfermedad de los conductos biliares o pancreáticos.	Colocación de prótesis biliares en estenosis benignas o malignas, fistulas biliares o pacientes de alto riesgo con coledocolitiasis no resuelta.
Evaluación de signos y síntomas que sugieren malignidad pancreática, cuando los estudios de imagen (USG, USE, TAC, CPRRM) no son concluyentes o normales.	Dilatación de estenosis ductales. Dilatación con balón de papila mayor.
Evaluación de la pancreatitis de etiología desconocida.	Colocación de drenaje nasobiliar. Drenaje pseudoquiste pancreático en casos apropiados.
Evaluación preoperatoria de los pacientes con pancreatitis crónica y/o pseudoquiste.	Biopsias simples del conducto pancreático o biliar.
Evaluación del esfínter de Oddi por manometría.	Ampulectomía de neoplasias adenomatosas de papila mayor. Colangioscopia y/o pancreatoscopia.

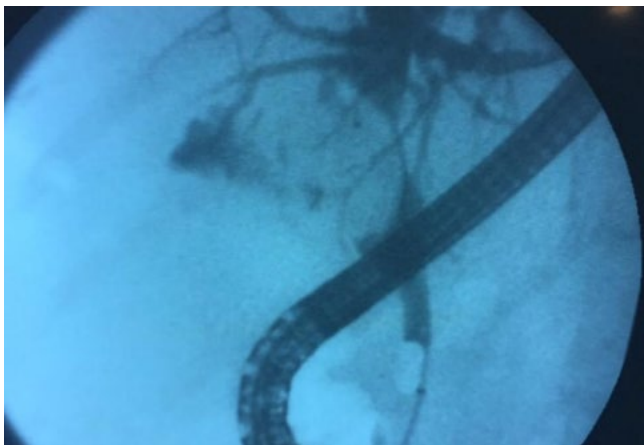


Imagen 1. CPRE en paciente con colangitis aguda secundaria a Síndrome de Mirizzi.



Imagen 2. CPRE en paciente con colangitis aguda y colangiocarcinoma extrahepático.

entre otras. En 2015, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) publicó los estándares de calidad de la CPRE, en donde se incluyen las principales indicaciones del procedimiento (Tabla 1).¹

La CPRE no está indicada en pacientes con dolor abdominal sin evidencia objetiva de enfermedad pancreatobiliar mediante estudios de laboratorio o de imagen no invasivos. Realizar la CPRE en este contexto se asocia a eventos adversos significativos y graves.

La CPRE no debe realizarse ante la sospecha de disfunción del esfínter de Oddi tipo III, en donde los riesgos del procedimiento superan en mucho a los beneficios de éste. Este procedimiento generalmente no está indicado para el alivio de la obstrucción biliar en pacientes con obstrucción maligna del conducto biliar distal potencialmente resecable, en quienes la resección quirúrgica no se retrasará por la terapia neoadyuvante u otras evaluaciones o tratamientos preoperatorios.^{1,2,3}

La mayoría de las publicaciones relacionadas con este procedimiento coinciden en que una CPRE con indicación adecuada y realizada por endoscopistas expertos, se asocia a menor tasa de complicaciones y eventos adversos relacionados, esto debido a que el endoscopista experto en el tema realizará todas las acciones preventivas necesarias para reducir al máximo la tasa de eventos adversos (Imagen 1 y 2).

Realizar una CPRE sin una indicación objetiva conllevará a desenlaces graves y fatales como la muerte. Es imprescindible que conozcamos nuestros límites, siempre reconociendo cuándo detener un procedimiento y pedir ayuda, pensando como máxima principal “el bienestar de nuestro paciente”

Referencias

1. Guideline ASGE. *Quality indicators for ERCP*. Gastrointest Endosc 2015;81:54-66.
2. Guideline ASGE. *Adverse events associated with ERCP*. Gastrointest Endosc 2017;85:32-47.
3. Dumonceau J. *et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. Endoscopy 2020; 52: 127-149

¿Es suficiente la resección endoscópica R0 en el tratamiento de tumores neuroendócrinos ileales?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Siguiendo la misma línea de mi amor por los pólipos pediculados, encontré un caso en *Gastrointestinal Endoscopy* que llamó mi atención. Érase una vez en un hospital de Japón, un masculino de 60 años asintomático, que durante un *check-up* se realiza una prueba de sangre oculta en heces, la cual sale positiva y es referido a colonoscopia.

En los hallazgos endoscópicos se encuentra un pólipo pediculado de 25 mm de aparente localización ileal que protruía hacia ciego. Usando magnificación y NBI se visualiza un patrón glandular regular y alargado con abundantes vasos capilares en la superficie.

Proceden a realizar disección endoscópica de la submucosa para prevenir estenosis, sin embargo, recordemos que en Asia hay una tendencia por realizar la disección endoscópica de la submucosa sobre la resección de la mucosa, por lo cual, aunque estuviera en otra zona, probablemente hubieran escogido esta técnica.

En el reporte histopatológico se muestra un tumor neuroendócrino grado 2 con márgenes e invasión vascular negativos, sin embargo, a pesar de haber alcanzado una resección R0, deciden llevar al paciente a resección ileocecal con linfadenectomía, la cual arroja una metástasis ganglionar, dejando así al paciente en un estadio IIIA.

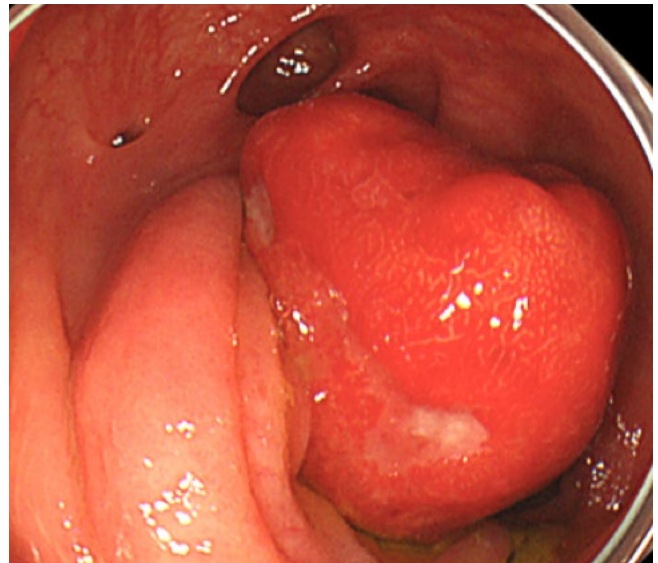


Figura 1. Pólipo Paris 0-1p que emerge por la válvula ileocecal a ciego.

Los tumores neuroendócrinos que se llegan a encontrar en intestino delgado tienden a ser más agresivos, con alta probabilidad metastásica, por lo cual se sugiere dar un manejo agresivo. Como endoscopistas podríamos pensar que una resección endoscópica casi perfecta sería suficiente, sin embargo, ahí radica

la importancia de conocer la estirpe histológica y determinar el pronóstico.

En este caso, decidieron realizar la disección endoscópica de la submucosa pensando en que pudiera ser una lesión benigna, ya que, de lo contrario, no hubieran realizado un tratamiento endoscópico y habrían enviado al paciente a un procedimiento quirúrgico.

En México está reportado un caso similar de hallazgo y localización. Un paciente de 53 años con historia de hematoquecia, quien fue sometido a colonoscopia y se detecta un pólipo Paris 0-Isp en la válvula ileocecal de 4 cm que ocluía el 30% de la luz intestinal. A diferencia del manejo japonés, tomaron biopsias, las cuales reportaron tumor carcinóide.

Con este hallazgo, se decidió cirugía (hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis mecánica). En el reporte histopatológico final se concluye “tumor neuroendócrino bien diferenciado con invasión a la serosa, ganglios negativos”, pero la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) demostró enfermedad metastásica hepática y ósea.

Los tumores neuroendócrinos usualmente se tratan con resección quirúrgica. Sin embargo, hay quienes, al encontrar un tumor neuroendócrino de bajo grado en íleon terminal, se rea-

liza resección endoscópica y dan seguimiento médico endoscópico, como se hizo en un caso reportado en *Endoscopy* en 2020, donde la hicieron con técnica de inmersión para una lesión parcialmente elevada de 10 mm, 15 cm proximales a la válvula ileocecal en una paciente de 64 años a quien le habían realizado anteriormente una colectomía total con ileorecteanastomosis. Debido al bajo riesgo de malignidad y un abordaje quirúrgico difícil se decidió el tratamiento endoscópico.

Es importante mencionar que las pruebas de laboratorio en pacientes asintomáticos como la prueba FIT (Prueba Inmunoquímica Fecal), además de que nos ayudan a pensar y decidir realizar una colonoscopia en busca de lesiones premalignas de colon, debemos considerar también las lesiones neoplásicas de íleon terminal, algo que no siempre tenemos en mente de primera instancia.

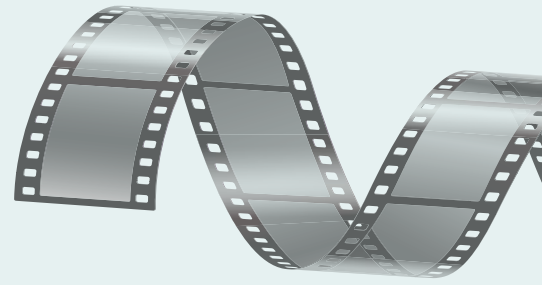
Los tumores neuroendócrinos que se llegan a encontrar en intestino delgado tienden a ser más agresivos, con alta probabilidad metastásica, por lo cual se sugiere dar un manejo agresivo.

Referencias

1. Umemura Y et.al A case of pedunculated grade 2 neuroendocrine tumor in the ileum. GIE Vol 98, no. 6:2023
2. Maldonado-García y cols. Tumor neuroendócrino de válvula ileocecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista de Gastroenterología de México, Vol 87, issue 2, Abril-Junio 2022.
3. Rezende et al. Underwater endoscopic resection of an ileal neuroendocrine tumor. Endoscopy. 2021 Feb; 53 (2):E48-E49

Convergencia

Valentía ante una crisis



**Dr. Gerardo Alfonso
Morales Fuentes**

Estrenado en 2021, *Convergencia* es un documental de Netflix que retrata un lado diferente de la pandemia del COVID-19. Sigue a varias personas con las que nos podemos identificar y las acciones que tomaron durante la pandemia, dejándonos ver otro lado de ésta.

En el documental entrevistan a Tedros Adhanom, director general de la Organización Mundial de Salud (OMS) y hay fragmentos detrás de cámaras de sus entrevistas y de sus reuniones durante la pandemia, además de la encargada del desarrollo de la vacuna en AstraZeneca.

Hassan Akkad es un refugiado sirio en Londres que, durante su búsqueda de trabajo al inicio de la pandemia, termina perteneciendo al servicio de limpieza de un hospital y se vuelve viral al criticar una resolución del gobierno inglés que daba a los familiares extranjeros indocumentados del personal de salud un permiso especial para permanecer en el país.

Sin embargo, esto no era extensivo al resto del personal que trabaja en los hospitales, como Hassan, por lo que en un video suyo publicado en redes dirigido al primer ministro, logró que en pocas horas el gobierno se retractara e incluyera al personal de limpieza de los hospitales dentro de esta resolución.

Una doctora jefa de Terapia Intensiva en Perú que lucha todos los días con la escasez de recursos y la creciente demanda de pacientes; un bloguero chino que se ofrece como voluntario para llevar a los médicos de Wuhan a los hospitales ya que carecen de transporte público durante el confinamiento; un activista en Florida que se enfoca en los homeless y les ofrece ayuda y, al mismo tiempo, lucha contra el racismo en el tiempo que sucede la muerte de George Floyd; una brasileña habitante de las favelas que se convierte en copiloto de las ambulancias para ayudarlas a llegar más rápido a los hogares durante los traslados y emergencias; una pareja iraní que vive su confinamiento con temor sabiendo que no existen los recursos en su país para solventar

la crisis y reciben llamadas de familiares informando de muertes cercanas; y finalmente una pareja india que vive sus últimos meses de embarazo y parto durante el confinamiento, con el temor de contagiarse en el hospital.

Es así como el documental nos muestra a estos héroes anónimos y sus pequeñas o grandes acciones que muestran las diferentes luchas que todos tuvimos durante el confinamiento.

Termina con una secuencia de imágenes y videos de alrededor del mundo, muy emotivas, recordándonos este periodo crítico del confinamiento como funerales, bodas, cumpleaños, celebraciones... todas por videollamada.

A cuatro años del reporte del primer caso de COVID-19, el 31 de diciembre de 2019, actualmente con la disponibilidad de vacunas y millones de casos y muertes después, es buen momento de recordar, reconocer y tener la certeza de que todos los días hay héroes anónimos cuyas acciones contribuyen para que la vida pueda retornar poco a poco a la normalidad.

La salud de un endoscopista

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

¡Y vuelve GEMA! Para este nuevo ciclo, vamos a revisar, mes con mes, algo muy especial: ¿qué es “nuestra salud”? Para esto, vamos a dividir el trabajo en dos partes.

La primera parte contempla tu valiosa participación, pues haremos una encuesta con el objetivo de conocer cómo te cuidas (o cómo te gustaría cuidarte) al momento de hacer tus procedimientos, a qué retos físicos te has enfrentado durante tus procedimientos (y tu formación) y qué necesitamos para mejorar.

La segunda parte implica resumir qué nos dice la literatura mundial. Entre los temas que abordaremos durante este año estarán:

- Qué es la ergonomía en endoscopia y cómo podemos aplicarla.
- Ejercicios para realizar antes y después de nuestros procedimientos.
- Ojo seco. Qué es, cómo tratarlo y cómo prevenirlo.
- Dolor en manos, brazos y hombros.
- Dolor en espalda y piernas.
- Dolor en cuello.
- ¿Cómo estamos en México?
(revisaremos los resultados de la encuesta).
- Riesgo de exposición a la radicación.
- Ergonomía y embarazo.
- Y otros más...

Quizá te preguntarás: ¿por qué este tema?, ¿vale la pena escribirlo o leerlo? La respuesta es sí, es necesario, pues cada día nos enseñan o enseñamos a otros a ser mejores, pero nadie nos enseña a cuidarnos (o lo aprendemos a la mala y cuando ya tenemos un problema de salud).

Cuidar nuestra salud es parte del perfeccionamiento de nuestras habilidades y destrezas, y esto puede ser tan fácil como colocar un tapete acolchonado durante nuestros procedimientos o saber sujetar o sostener el endoscopio.

Pero ¿es necesario? Claro y para responder a esta pregunta sólo basta con ver nuestro entorno, somos tan diferentes tanto en nuestra forma de pensar como en nuestra forma de ser físicamente; algunos altos y otros no tan altos, algunos con manos grandes y otros con manos menos grandes, algunos fuertes y otros no tanto.

Por esto, si queremos que todos aprendan igual, debemos pensar en ajustar el entorno (cuando es posible), de tal manera que permita a cada uno aprender igual. Deseo terminar con esta frase:

No te puedes ir a dormir diciendo: “no he tenido tiempo para hacer lo fundamental”.

¡No! A lo mejor no has tenido presente lo que era fundamental en el tiempo que has tenido.

Mario Alonso Puig