

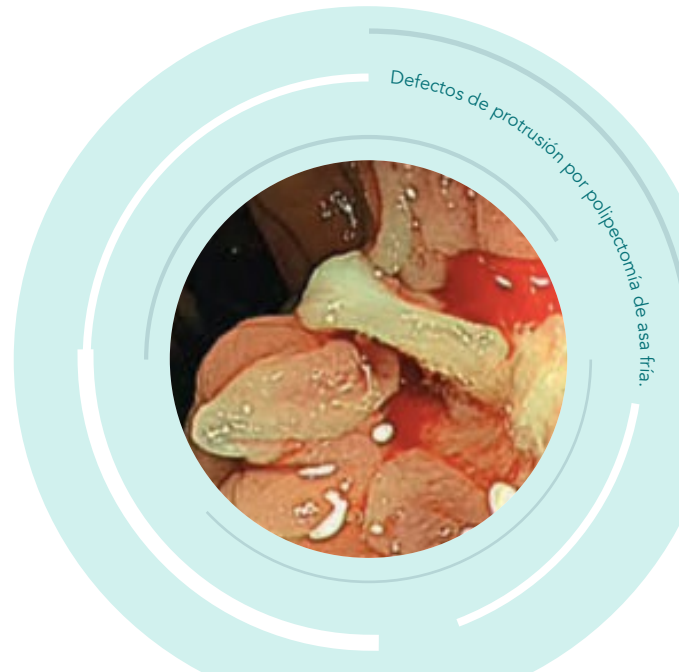
gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

BARIATRÍA

Introducción a la gastroplastia endoscópica en manga (GEM)

- ▶ Avances en el manejo endoscópico del intestino delgado en el síndrome de Peutz-Jeghers y en la poliposis adenomatosa familiar
- ▶ Tips y trucos para incrementar la tasa de éxito en la litotricia guiada por colangioscopia digital
- ▶ Acerca de la técnica de polipsectomía fría forzada. ¿Maniobra que posiblemente hemos hecho con frecuencia?





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

Dra. Valeria Atenea Costa

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

Dra. Mónica del Rocío Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

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

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

5 ENDOSCOPIG

¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

6 Panorama y problemática: ¿por qué debemos pensar en ergonomía?

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

BARIATRÍA

12 Introducción a la gastroplastia endoscópica en manga (GEM)

Dra. Valeria Atenea Costa / Dr. Andrés Rodríguez Parra

ENTEROSCOPIA

14 Avances en el manejo endoscópico del intestino delgado en el síndrome de Peutz-Jeghers y en la poliposis adenomatosa familiar

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

EN VÍA BILIAR

18 Tips y trucos para incrementar la tasa de éxito en la litotricia guiada por colangioscopia digital

Dr. Jony Cerna Cardona

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

20 Introducción a la calidad en endoscopia

Dra. Mónica del Rocío Reyes Bastidas

PÓLIPOS

22 Acerca de la técnica de polipectomía fría forzada. ¿Maniobra que posiblemente hemos hecho con frecuencia?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

23 MEDICINE

Manos milagrosas. La historia de Ben Carson

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

Estimados compañeros amantes de la endoscopia:

Ya entrados en el pleno fulgor de la batalla y dispuestos a batirnos por los asociados, iniciamos con nuestra primera sesión mensual académica con la ponencia del Dr. Norio Fukami, de la Mayo Clinic en Arizona, quien realizó sus estudios de medicina interna, gastroenterología y endoscopia en la Universidad de Kyushu, en Japón, y repitió toda su preparación en Estados Unidos, por lo que une las técnicas de detección temprana con cromoendoscopia utilizando colorantes, así como toda la evolución hasta los métodos novedosos de tratamiento.

A lo largo del mes se irán poniendo a disposición más oportunidades de enseñanza continua, culminando febrero con una sesión conjunta sobre manejo no quirúrgico de la obesidad desde el Hospital Ángeles Valle de Oriente en Monterrey, como preámbulo a nuestra Reunión EndoREGIA con la participación de cinco profesores extranjeros, incluyendo la Mayo Clinic de Rochester, el Brigham & Womens Hospital de la Universidad de Harvard, la Universidad de Birmingham, el Centro Médico Teknon de Barcelona y el Hospital St. Luke's de la Universidad de Baylor, así como varios expertos nacionales.

Estén atentos a la página web, correos electrónicos y nuestras renovadas redes sociales, las cuales actualizamos constantemente para estar más cerca de ti. Los invito a participar en las sesiones mensuales e inscribirse a los cursos cuidadosamente diseñados para ti, amigo endoscopista. Y como parte de nuestro compromiso de estar al día, invitamos a los endoscopistas “tiktokers” e “influencers” de Instagram a que se unan a nuestra asociación para hacer más grande nuestra comunidad y compartir el conocimiento.

Agradezco y doy mi reconocimiento por el esfuerzo de cada uno de ustedes para engrandecer nuestra asociación.

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

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®



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

Revisar IPP:



Senosiain®

¿Qué tan romántico puede ser un lito difícil en la vía biliar?

“The heart was made to be broken” — Oscar Wilde

En 2021, fue publicado en *Gastrointestinal Endoscopy* un caso de lito difícil: lito en forma de corazón de 2 cm en tercio medio de colédoco de 15 mm, asociado a divertículo periampular grande.

En el hospital donde fue abordada inicialmente la paciente, se colocaron dos endoprótesis biliares en un contexto de colangitis ascendente.

En el hospital de referencia al cual llegó tres meses después, se logró extraer el

lito tras esfinteroplastia a 10 mm y litotripsia con canastilla.

En la actualidad, se podría pensar fácilmente en el uso de colangioscopia con litotripsia electrohidráulica, sin embargo, cuando no es posible contar con este recurso, la litotripsia mecánica sigue siendo una herramienta sumamente útil.

¿Quieres ver fotos del caso?

- Ofori E, Robbins G. *A heart shaped calculus in the bile duct: a difficult Stone extraction requiring papillary dilation and mechanical lithotripsy*. GIE. Vol 93, No. 6:2021.



Síguenos: @endosco_pig



Panorama y problemática: ¿por qué debemos pensar en ergonomía?

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

¿Qué es la ergonomía?

La ergonomía es el estudio de cómo el trabajo afecta a las personas teniendo en cuenta factores físicos y cognitivos, con el objetivo de diseñar trabajos que se ajusten mejor a las capacidades y limitaciones humanas.

En el caso de la endoscopia, se centra en comprender la interacción del endoscopista con el endoscopio y la unidad de endoscopia, para minimizar el riesgo de lesiones relacionadas con la endoscopia y maximizar su desempeño.¹

¿Cuál es el panorama y la problemática?

Sólo para tomar en cuenta, la tecnología y la alta definición de los endoscopios se encuentran en constante cambio, pero, con respecto a su diseño, el agarre, los mandos y el tubo de inserción no han cambiado casi nada (o muy poco) desde 1980. Y no sólo eso, sino que están diseñados para un tipo y tamaño de manos (en pocas palabras, solo hay una talla), siendo las personas con manos más pequeñas o con menor fuerza las más afectadas, ya que para poder sostener el endoscopio se ven obligadas a tomar posturas que afectan los movimientos naturales de sus articulaciones.

Además, con el paso del tiempo también estamos viendo un incremento en la complejidad de los procedimientos, con tiempos de examinación más prolongados, ocasionando que los riesgos de daño musculoesquelético tomen relevancia.²

Para mostrar cómo sólo el género puede hacer la diferencia con respecto a la fuerza, las mujeres, por ejemplo, pueden llegar a tener del 50% al 60% de la fuerza que tienen los hombres, con fuerzas de pinza de hasta 95% menos que los hombres. Además, su punto de fuerza máxima está entre los 20 y 30 años (rangos de edad donde se está en periodo de formación académica), sin dejar atrás las diferencias de estatura.

Las lesiones asociadas a endoscopia se pueden llegar a presentar en un 39% a 89% (promedio del 57.7%, IC95% 48.8-661; I2=93%). En el caso de residentes, estas lesiones se pueden manifestar hasta en el 20% al 49% y no sólo eso, pues el 70% de los residentes manifiestan nunca haber recibido educación formal sobre ergonomía.^{2,3} Lo anterior, ocasiona un consumo de >30% de analgésicos o de necesidad de fisioterapia secundario a lesiones, impactando en una disminución tanto en la capacidad/tiempo de vida laboral y en la atención de los pacientes.

En otros reportes se ha estimado que el 61% de los gastroenterólogos dedican más del 40% de su tiempo realizando procedimientos endoscópicos.³

Como factores de riesgo para estas lesiones están: centros de alto volumen de procedimientos, tiempo dedicado a cada endoscopia, tiempo acumulado de práctica (años/práctica), tener manos pequeñas, estatura, complexión física, edad y sexo femenino.

En el caso de fuerzas biomecánicas: malas posturas, uso mayor y constante de fuerza, falta de descansos entre procedimientos, posiciones estáticas, movimientos repetitivos de fuerza no neutrales, manipulación y agarre del endoscopio (incluyendo la pinza con los dedos), vibraciones e, incluso, la distribución de la sala de endoscopia (puede no estar diseñada acorde al usuario).⁴

Los sitios más comunes de lesiones (siendo el dolor el síntoma principal) son hombros, manos y dedos (síndrome de túnel del carpo), codos, espalda (>lumbar) y cuello, con una incidencia del 35.8% (IC95% 18.1-58.5; I2=97%) para manos y dedos, 35.3% (IC95%: 24.3-48; I2=92%) región lumbar, 32.6% (IC95%: 21.3-46.3; I2=93%) para espalda alta y cuello, 29.2% (IC95%: 16.3-46.7; I2=98%) para pulgares y un 26.1% (IC95%, 16.9-37.9; I2=97%) para sólo cuello, este último considerado el más frecuente.^{2,4,3}

Con respecto al género, las mujeres endoscopistas están en mayor riesgo de lesiones que los hombres, con un riesgo promedio del 62.4% (IC95%: 46.7-75.9) contra un 45.5% (IC95%: 28.1-64.0). En otro metaanálisis, se demostró que las mujeres tienen un alto OR de desarrollar lesiones (OR 1.79; IC95% 1.35-2.38; P<.01; I2=64%),³ siendo los procedimientos de colonoscopia y CPRE los que les resultan más demandantes físicamente. Es importante mencionar que nadie nos enseña realmente cómo usar o tomar el endoscopio (o bien, no está estandarizado) cuando iniciamos nuestra formación.⁵

Como se mencionó con anterioridad, el tiempo de duración de los procedimientos y el número de procedimientos también tienen un impacto. En un análisis multivariado se demostró que el número de horas por semana (p=.009) y el número de años de práctica (p=.022) fueron factores independientes de riesgo para desarrollar lesiones, sobre todo cuando se tienen >15 años de práctica (p=.03). Con respecto al volumen, se ha visto que >20 endoscopias a la semana (p<.001) y >16 horas endoscópicas por semana (P<.001) sumado a los años de práctica (p=.004) se asocian a mayor riesgo de lesiones.^{2,3}

¿Por dónde podemos empezar?

Debemos reflexionar al respecto, ya que seamos endoscopistas en formación o ya dedicados al 100% a la práctica de la endoscopia, nos hemos visto afectados por estas molestias, o bien, hemos estado a lado de alguien (alumno, colega, maestro) que por su complexión física le llegan a costar más trabajo físico determinados procedimientos.

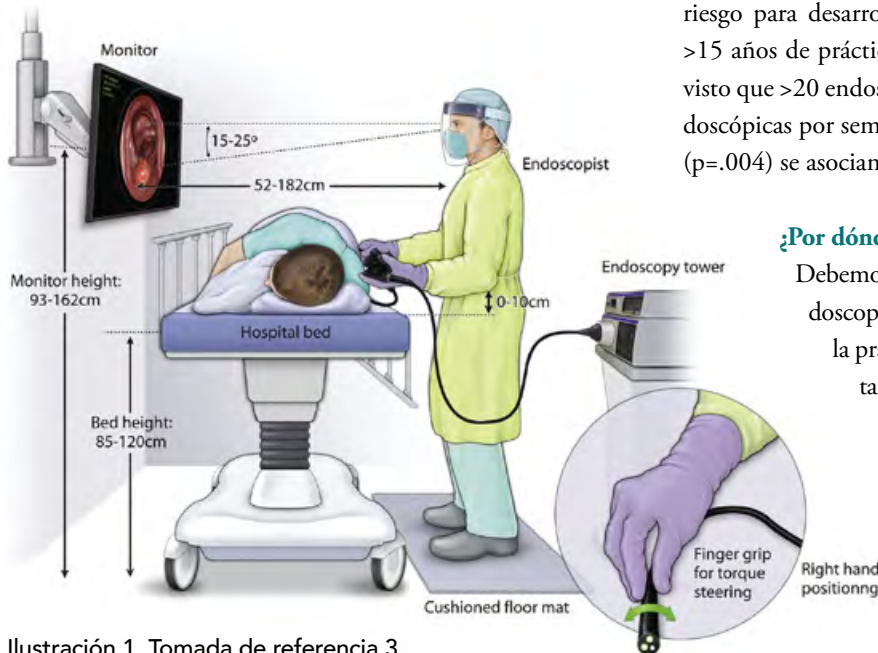


Ilustración 1. Tomada de referencia 3.

Pero. ¿qué podemos hacer? Vamos a ver en cada una de los números de GEMA todo lo relacionado con este tema: cómo evitarlas, qué ejercicios hacer y más recomendaciones (entenderemos qué nos quieren decir en la ilustración 1), pero quizás el primer paso es reconocer que ese dolor o molestia al trabajar no sólo es cansancio, sino puede ser una señal de que algo no estamos haciendo bien y debemos atenderlo, incorporando principios de ergonomía en nuestro trabajo del día a día y, sobre todo, educar a otros en este importante aspecto.

Referencias

1. Walsh C, Qayed E, Aihara H, *et al.* *Core curriculum for ergonomics in endoscopy.* Gastrointest Endosc. 2021; 93(6): 1222-27.
2. Sturm N, Leukert J, Perkhofer L, *et al.* *The impact of endoscopic activity on musculoskeletal disorders of high volume endoscopists in Germany.* Nature. 2022;(12): 8538.
3. Pawa S, Kwon R, Qumsey B, *et al.* *American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of ergonomics for prevention of endoscopy-related injury: summary and recommendations.* Gastrointest Endosc2023. ;(98): 482-91.
4. Lipowska A, Shergill A. *Ergonomics of Endoscopy.* Gastrointest Endoscopy Clin N Am. 2021; 31: 655-669.
5. Soetikon R, Asokkumar R, Nguyen-Vu T, *et al.* *Holding and manipulating the endoscope: A user's guide.* Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. 2019;(21): 124-132.



ameg
2023-2024

X000 CURSO HÍBRIDO PARA ENDOASISTENTE

Fecha de Inicio
17 DE FEBRERO DE 2024

Envío de documentación al correo
asociados@amegendoscopia.org.mx
www.amegendoscopia.org.mx

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.**



Introducción a la gastroplastia endoscópica en manga (GEM)

Dra. Valeria Atenea Costa*

Dr. Andrés Rodríguez Parra (colaborador)

En la última década, se reconoce una necesidad creciente en la comunidad de profesionales dedicados a la terapia bariátrica endoscópica (TBE) por establecer los estándares para el manejo endoscópico de la obesidad como una alternativa efectiva y segura, que se posiciona en el espectro de alternativas terapéuticas llenando vacíos en el manejo de esta enfermedad al considerarse menos invasivas que la cirugía, pero más efectivas que las intervenciones en el estilo de vida y la mayoría de los medicamentos para bajar de peso en un mundo con una preocupante epidemia de obesidad y sus complicaciones.

Históricamente, las TBE evolucionaron con el objetivo de inducir la pérdida de peso, principalmente a través de la restricción gástrica o la reducción general de la ingesta calórica.² Los grupos especializados en estas terapias deben enfocarse en garantizar que el procedimiento se realice de manera segura, efectiva y conforme a los estándares médicos.

Como parte integral del tratamiento endoscópico, se debe de garantizar un programa estructurado de pérdida de peso que incluya intervención nutricional, plan de ejercicios y modificación del comportamiento, tanto en la fase de pérdida de peso activa como en la fase de mantenimiento a largo plazo.³

En la actualidad, son múltiples las alternativas de TBE disponibles y que han demostrado un importante desarrollo y aprobación en la comunidad científica. Los mecanismos propuestos para conseguir la pérdida de peso se muestran a continuación:⁴

1. Reducir la capacidad del estómago a través de dispositivos que ocupan espacio, como los balones intragástricos (BIG).
2. Remodelar el estómago utilizando dispositivos de plicatura/sutura endoscópica, como la gastroplastia endoscópica en manga (GEM o ESG, por sus siglas en inglés).
3. Desviar el exceso de calorías lejos del estómago, como la terapia de aspiración (TA).

La gastroplastia endoscópica en manga (GEM) es una técnica endoscópica terapéutica mínimamente invasiva para reducir el tamaño del reservorio gástrico en pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que implica la realización de suturas en patrón estandarizado serosa-serosa desde la incisura angularis hasta la unión fundocorporal, realizándose desde lo más distal hasta lo más proximal, con método OverStitch™ (Apollo Endosurgery, Austin, Texas, Estados Unidos).⁵

El Apollo Overstitch es capaz de suturar todo el espesor en una variedad de patrones, utilizando un destornillador de aguja curvo. El dispositivo, que se ajusta a un endoscopio de doble o

* Gastroenteróloga y endoscopista
Correo electrónico: ateneacosta.82@gmail.com
Colombia

monocanal, está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para colocar suturas endoscópicas.⁶

El sistema de sutura endoscópica OverStitch agarra el tejido con la ayuda de un dispositivo helicoidal y, luego, penetra a través de la aguja curva con sutura de un lado del tejido al lado opuesto, captura la sutura y la retrae en el brazo de sutura del dispositivo, y luego completa la costura de capa completa y crea un estómago tubulizado sin manipular el fundus.⁷

La GEM, que ha demostrado ser segura y efectiva también en niños y adolescentes,⁸ tiene sus ventajas de sutura únicas, con el sistema de sutura de espesor completo OverStitch que permite pliegues duraderos.⁷

El efecto de pérdida de peso mostrado por diferentes parámetros es significativo. Hajifathlian y colaboradores realizaron un seguimiento a largo plazo de cinco años en 203 pacientes obesos sometidos a GEM, y el peso corporal total de uno, dos,



ameg
2023-2024

EndoREGIA

01 y 02 de Marzo 2024

- Modalidad Presencial - Insíbete a nuestro HANDS ON

Hospital Ángeles Valle de Oriente
Monterrey, Nuevo León - México

PROFESORES INVITADOS EXTRANJEROS:

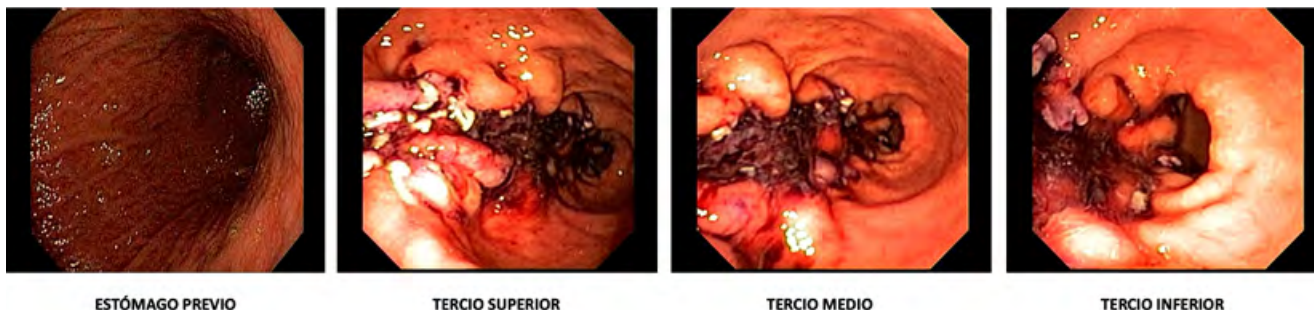
				
DR. SIGH PICHAMOL JIRAPINYO BRIGHAM & WOMAN'S HOSPITAL, HARVARD, BOSTON, EUA.	DR. SERGIO SÁNCHEZ LUNA BIRMINGHAM, ALABAMA, EUA.	DR. BARHAM ABU-DAYYEH MAYO CLINIC, ROCHESTER, EUA.	DR. ROMAN TURRÓ ARAU CENTRO MÉDICO TEXNÓN, BARCELONA, ESPAÑA.	DR. MOHAMED OTHMAN BAYLOR ST. LUKE'S MEDICAL CENTER, HOUSTON, EUA.

Con reconocimiento del Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C;
con valor de 15 puntos para recertificación

INSCRIPCIONES en línea a partir del 17 de enero

www.amegendoscopia.org.mx
5555231671

CRIF



tres y cinco años de seguimiento fue de 18.1, 17.3, 20.8, 18.7 kg y los porcentajes de pérdida de peso total fueron 15.2 kg, respectivamente, 14.5 %, 15.7 % y 14.5 % en cinco años.⁹

Un metaanálisis de 1,772 pacientes de mostró a los seis meses una media de pérdida de peso corporal total (TBWL, por sus siglas en inglés) del 15.1 % y una pérdida media del exceso de peso del 57.7%. La pérdida de peso se mantuvo a los 12 y 24 meses, con una media de TBWL de 16.5 % y 17.2 %, respectivamente. La tasa agrupada posterior a la GEM de eventos adversos graves fue del 2.2 %, incluidos dolor o náuseas que requirieron hospitalización, hemorragia digestiva alta y fuga perigástrica.¹⁰

En su estudio de cohorte prospectivo, Sharaiha y colaboradores (2020) informaron que los pacientes fueron seguidos hasta cinco años después de su procedimiento. De los 216 pacientes seleccionados, el 5 % y el 10 % de pérdida de peso corporal total se mantuvo en el 89 % y el 77 % de los pacientes a un año; el 85 % y el 63 % a los tres años y el 90 % y el 61 % a los cinco años, respectivamente.

Hubo una tasa general de 1.3% de eventos adversos (EA) moderados, sin EA graves ni fatales. Estos resultados sugieren que la GEM es segura y eficaz para el tratamiento de la obesidad, con resultados duraderos a largo plazo durante al menos cinco años después del procedimiento.¹¹

La gastroplastia endoscópica en manga es segura, con aceptable viabilidad técnica y reproducibilidad, con un tiempo de procedimiento corto y sin complicaciones tempranas. Es una alternativa menos invasiva que la cirugía bariátrica convencional, con resultados prometedores, especialmente cuando se realiza con seguimiento multidisciplinario.¹²

La literatura médica actual demuestra que la GEM logra una pérdida de exceso de peso superior al 25 % a los doce meses, con una tasa de eventos adversos graves inferior al 5 %, lo que se considera satisfactorio de acuerdo con el documento *Preservation and Incorporation of Valuable Endoscopic Innovations*, creado por un grupo de trabajo reunido por la Sociedad Estadounidense de Endoscopia Gastrointestinal y la Sociedad Estadounidense de Cirugía Metabólica y Bariátrica.¹³

La GEM tiene como ventajas el ser no invasiva, sin gastrectomía, reproducible, simple, reversible, sin incisión, asociada a pocas complicaciones, a una estancia intrahospitalaria corta y rápida recuperación posoperatoria. Como medio intermedio de tratamiento médico y cirugía, la GEM proporciona un método para la pérdida de peso para pacientes obesos que no toleran o no desean someterse a una cirugía.⁷ A pesar de la adopción generalizada del procedimiento, no existe ningún recurso revisado por pares para guiar al médico sobre cómo realizar el procedimiento de manera óptima.¹⁴



ameg
2023-2024

XXI ECOS

ENDOSCÓPICOS Internacionales

18-19
JULIO 2024

HOSPITAL ESPAÑOL
CDMX, MÉXICO



Referencias

1. Popov V, Storm AC. *Toward a Better Understanding of Endoscopic Bariatric Therapies*. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2023 Jun;21(6):1422-1426.
2. Dolan RD, Schulman AR. *Endoscopic Approaches to Obesity Management*. Annu Rev Med. 2022 Jan 27;73:423-438. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-042320-125832>
3. Abu Dayyeh BK, Edmundowicz S, Thompson CC. *Clinical Practice Up-date: Expert Review on Endoscopic Bariatric Therapies*. Gastroenterology. 2017 Mar;152(4):716-29. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.01.035>.
4. Kumar N, Dayyeh BA, Dunkin BJ, Neto MG, Gomez V, Jonnalagadda S, et al. *ABE/ASGE position statement on training and privileges for primary endoscopic bariatric therapies*. Gastrointest Endosc. 2020 Jun; 91(6):1230-1233. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.07.017>.
5. Kral J, Machytka E, Horka V, Selucka J, Dolecek F, Spicak J, et al. *Endoscopic Treatment of Obesity and Nutritional Aspects of Bariatric Endoscopy*. Nutrients. 2021 Dec;13(12):4268. <https://doi.org/10.3390/2Fnu13124268>.
6. Mauro A, Lusetti F, Scalvini D, Bar-done M, De Grazia F, Mazza S, et al. *A Comprehensive Review on Bariatric Endoscopy: Where We Are Now and Where We Are Going*. Medicina (Kaunas, Lithuania). 2023 Mar 22;59(3):636. <https://doi.org/10.3390/medicina59030636>.
7. Yoon JY, Arau RT. *The Efficacy and Safety of Endoscopic Sleeve Gastropasty as an Alternative to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy*. Clin Endosc. 2021 Jan;54(1):17-24. <https://doi.org/10.5946/2Fce.2021.019>.
8. Shahnazarian V, Ramai D, Sarkar. *Endoscopic bariatric therapies for treating obesity: a learning curve for gastroenterologists*. Translational gastroenterology and hepatology. 2019;4:16. <https://doi.org/10.21037/2Ftgh.2019.03.01>
9. Hajifathalian K, Ang B, Dawod QM, Shah SL, Dawod E, Mehta A, et al. *175 long-term follow up and outcomes after endoscopic sleeve gastropasty for treatment of obesity (5 year data)*. Gastrointestinal endoscopy. 2019;89(6): AB58. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.04.019>.
10. Hedjoudje A, Abu Dayyeh BK, Ches-kin LJ, Adam A, Neto MG, Badur-deen D, et al. *Efficacy and Safety of Endoscopic Sleeve Gastropasty: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2020 May;18(5):1043-1053.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.08.022>.
11. Wu L, Dai X, Huang H. *[Opportunities and challenges of endoscopic sleeve gastropasty]*. Nan fang yi ke da xue xue bao = Journal of Southern Medical University. 2020 Jun 30;40(6):916- 918. <https://doi.org/10.12122/j.issn.1673- 4254.2020.06.22>.
12. Sharaiha RZ, Hajifathalian K, Kumar R, Saunders K, Mehta A, Ang B, et al. *Five-Year Outcomes of Endoscopic Sleeve Gastropasty for the Treatment of Obesity*. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2021 May;19(5):1051-1107 e2. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.09.055>.
13. Galvão-Neto MdP, Grecco E, Souza TFd, Quadros LGd, Silva LB, Campos JM. *Endoscopic sleeve gastropasty - minimally invasive therapy for primary obesity treatment*. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). 2016;29(1):95-97. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201 600s10023>.
14. de Moura DTH, Badurdeen DS, Ribeiro IB, Leite E, Thompson CC, Kumbhari V. *Perspectives toward minimizing the adverse events of endoscopic sleeve gastropasty*. Gastrointestinal endoscopy. 2020;92(5):1115-1121. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.06.038>.

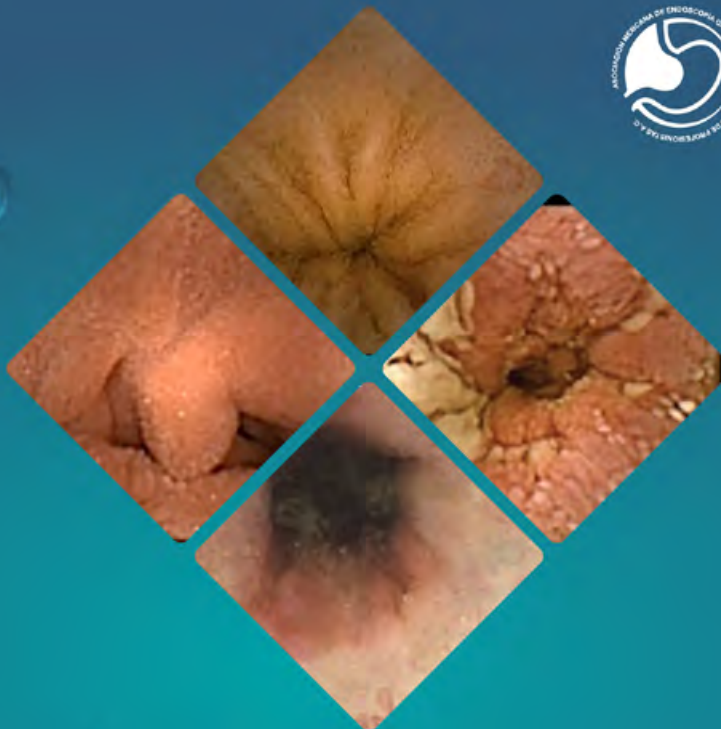


**PAGO OPORTUNO
DE ANUALIDAD 2023-2024
\$3,500.00**

HASTA EL 31 DE MARZO DE 2024



ameg
2023-2024



Curso Internacional. Capítulo 1

Cápsula endoscópica

Curso Teórico en línea
4 – 9 marzo 2024

Curso Práctico-Presencial
15 – 16 marzo 2024

PROGRAMA **LÍDER**

**ABORDAJE ENDOSCÓPICO
AVANZADO DEL INTESTINO DELGADO
CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**

Avances en el manejo endoscópico del intestino delgado en el síndrome de Peutz-Jeghers y en la poliposis adenomatosa familiar

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Antes del desarrollo de la enteroscopia de doble balón (EDB), la resección quirúrgica era el tratamiento de elección en la poliposis del intestino delgado (ID), sin embargo, una de las complicaciones era el síndrome de intestino corto. A diferencia de la poliposis gástrica y del colon, a nivel del ID el manejo endoscópico no está bien establecido. El desarrollo de la endoscopia del ID ha permitido la implementación de la polipectomía endoscópica como estrategia estándar para el tratamiento de la poliposis del ID. En el caso del síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) y poliposis adenomatosa familiar (PAF), es común que sean necesarias múltiples polipectomías endoscópicas.

El SPJ es un trastorno autosómico dominante que produce pólipos hamartomatosos en todo el tracto gastrointestinal, excepto el esófago. Estos pólipos en el ID pueden ser la causa de hemorragia. Un pólipo hamartomatoso de gran tamaño puede provocar obstrucción intestinal o invaginación intestinal, por lo que los pólipos que miden 15 mm o más tienen un riesgo significativo de causar invaginación intestinal.

Aunque la mayoría de los pólipos en el SPJ son benignos, el 30% de los pólipos >20mm pueden ser adenomas o adeno-

carcinoma, por lo que se recomienda de manera profiláctica la resección de aquellos pólipos >15mm.

La polipectomía con asa caliente o polipectomía con asa caliente con inyección submucosa se utiliza en pacientes con SPJ, sin embargo, una de las complicaciones es la hemorragia postpolipectomía, por lo que una de las opciones es la polipectomía isquémica endoscópica (PIE) con clips o con lazo endoscópico, considerándose actualmente uno de los métodos preferidos para el manejo de pólipos pediculados, siendo menos probable que haya eventos adversos comparados con la polipectomía convencional (Imagen 1).

Aunque los pólipos en pacientes con SPJ siempre recurren, repetir la resección endoscópica puede reducir el número y tamaño de los pólipos a lo largo de la enfermedad. Se recomienda el uso de un “cap” (capuchón) transparente durante el tratamiento endoscópico, así como recambio de agua (técnica de inmersión) para facilitar la inserción profunda.

A pesar de que existe poca evidencia para la vigilancia, se recomienda cada 4 a 5 años para pacientes con 10 lesiones y que sean <10mm. En aquellos pacientes con polipectomía de póli-

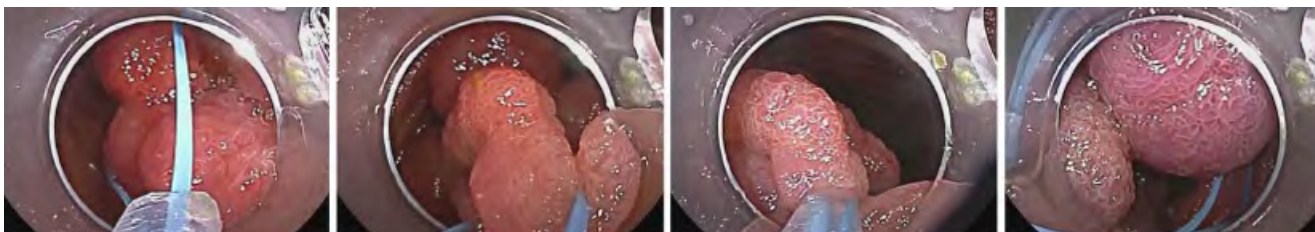


Imagen 1. Polipectomía isquémica endoscópica con asa desechable.



Imagen 2. Polipectomía con asa fría en PAF.

pos >20mm se recomienda al año. En aquellos que no cumplen los criterios previos se recomienda una vigilancia cada 2 a 3 años.

La PAF es un trastorno genético autosómico dominante que incrementa el riesgo de cáncer colorrectal. El número de pólipos en el ID suele ser menor que el número de pólipos en el colon o duodeno, debido a que los pólipos yeyunales e ileales tienen el potencial de malignizarse, es necesaria la vigilancia endoscópica periódica y la resección endoscópica y no sólo para los pólipos en el duodeno.

Para los pólipos duodenales en pacientes con PAF se puede realizar la polipectomía con asa fría, pinza fría y resección endoscópica de la mucosa (REM) bajo inmersión con seguimiento al año. En los casos de pólipos múltiples del ID la polipectomía con asa fría sin recuperación es una opción de tratamiento aceptable para los pólipos que son <10mm (Imagen 2).

Para pólipos >10 mm se recomienda polipectomía con asa caliente, REM o REM con inmersión por las características de

los pólipos, que la mayoría son sésiles no se recomienda PIE. Aunque la vigilancia endoscópica de la PAF puede limitarse a duodeno y colon en algunos casos, el potencial maligno de los pólipos adenomatosos yeyunales e ileales tampoco es despreciable. Por lo tanto, son necesarias revisiones periódicas en todo el ID.

No hay duda de que la polipectomía endoscópica es un procedimiento seguro y útil para el tratamiento de los pólipos del ID. Los métodos endoscópicos que se mencionan aquí llegan a ser accesibles, sin embargo, así como la vigilancia con enteroscopia requieren de más estudios.

Debido a que la EDB es un método invasivo, en los últimos años se ha recomendado el uso de la cápsula endoscópica para la vigilancia en la poliposis del ID y se recomienda de 1 a 3 años en el caso de los pacientes con SPJ, iniciando con la primera cápsula a los 8 años y en dado caso de encontrarse lesiones >15mm, se recomienda realizar enteroscopia para realizar polipectomía; en el caso de la PAF, la cápsula se recomienda en aquellos pacientes con Spigelman III y IV, es decir, con alto riesgo para malignidad, cada 3 a 5 años.

Referencias

1. Funayama Y, Shinozaki S, Yano T, Yamamoto H. *Advancements in endoscopic management of small-bowel polyps in Peutz-Jeghers syndrome and familial adenomatous polyposis*. Therap Adv Gastroenterol. 2023 Dec 30;17:17562848231218561.

SESIÓN
MENSUAL



ameg
2023-2024



Profesor: Norio Fukami
Mayo Clinic EUA. Arizona



08

FEBRERO / 20:00 h.

**NUEVA TECNOLOGÍA PARA
RESECCIÓN SUBMUCOSA Y
DISECCIÓN DEL TERCER ESPACIO**

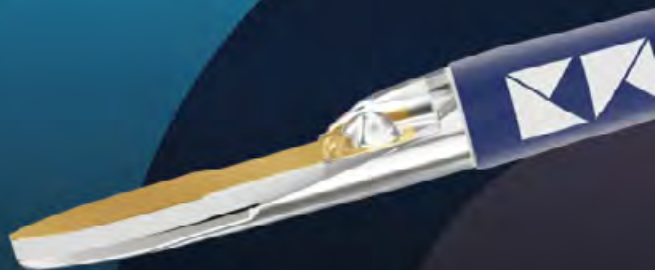
Coordinadores:

Dr. José Guillermo de la Mora Levy
Dr. Eduardo Torices Escalante

Patrocinador:



Ingresa a través de:
<https://www.amegendoscopia.org.mx/>



Tips y trucos para incrementar la tasa de éxito en la litotricia guiada por colangioscopia digital

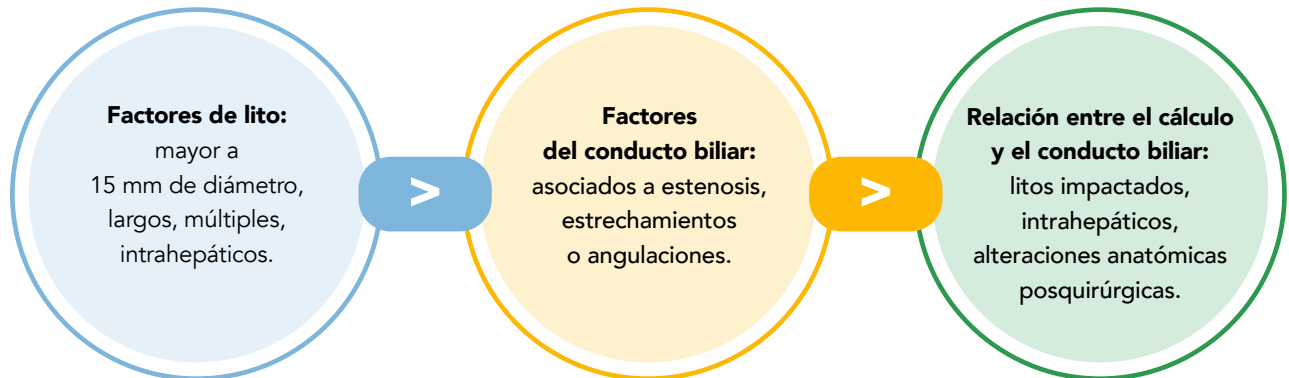
“La falta de paciencia y el desconocimiento de los principios técnicos; los dos grandes enemigos de un procedimiento exitoso”

Dr. Jony Cerna Cardona

La colangioscopia digital se ha convertido en el tratamiento de elección en el manejo del lito difícil (Tabla 1). En manos expertas, la resolución de la coledocolitiasis es superior al 90% en la mayoría de los casos.^{1,2,3} Actualmente tenemos disponibles dos modalidades de litotricia guiada por colangioscopia digital: la electrohidráulica y la láser.

La litotricia electrohidráulica consta de una sonda bipolar y un generador de carga. Cuando se transmite una carga a través de los electrodos en la punta de la sonda se crea una chispa; esto induce la expansión del líquido circundante, lo que da como resultado una onda de choque oscilante de presión que suele ser adecuada para fragmentar la mayoría de los cálculos.

Tabla 1. Definición de lito difícil.



Por su parte, en la litotricia láser, al enfocar la luz láser de alta densidad de potencia sobre la superficie de un lito, se crea un plasma compuesto por una colección gaseosa de iones y electrones libres. Esta burbuja de plasma oscila e induce cavitación con ondas de tracción y compresión que fracturan la superficie del lito.⁴

La tasa de éxito técnico, clínico y eventos adversos es similar en ambas técnicas.⁵ Se sugiere realizar una esfinterotomía parcial para evitar la fuga del líquido irrigado en el interior de la vía biliar y por consiguiente el exceso de éste, utilizar siempre CO₂, limitar la insuflación del duodeno y siempre tener visualización directa para evitar daño a la mucosa. La secuencia de la litotricia es la siguiente: aspirar, identificar, irrigar, fragmentar, dilatar y remover.

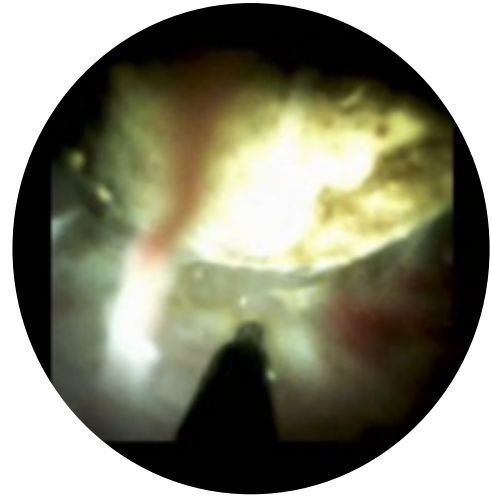


Imagen 1. Litotricia electrohidráulica: distancia sonda-lito de 1 a 2 milímetros.

Tips y trucos en la litotricia electrohidráulica

1. Siempre utilizar solución salina (sus propiedades conductoras permiten la litotricia). Nunca utilizar agua estéril.
2. La punta de la sonda debe estar localizada a una distancia de 1 a 2 milímetros del lito.
3. Iniciar con 3 a 5 pulsos por cada activación del pedal (mayor estabilidad de la piedra y efectividad de la onda de choque) (Imagen 1).
4. Comenzar con potencia baja (prolonga la vida útil de la sonda), incrementar a potencia media o alta sólo si es necesario (Imagen 2). Se pueden requerir de 1 a 2 sondas de acuerdo con la composición y características del lito.^{2,3,4}

Tips y trucos en litotricia láser

1. Irrigar de forma controlada agua destilada (aspirar e irrigar cuando sea necesario).
2. Se recomienda la visualización directa de los cálculos para prevenir el traumatismo ductal.



Imagen 2. Parámetros iniciales de la unidad Autolith™ (litotricia electrohidráulica).

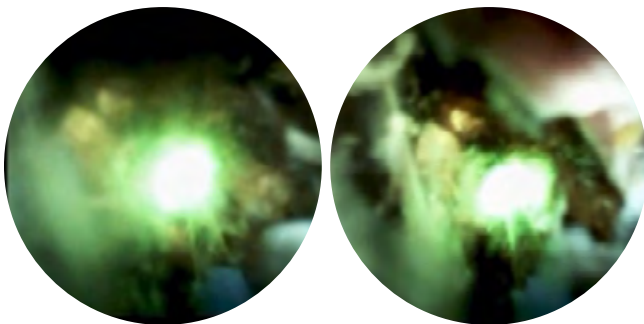


Imagen 3. Contacto de sonda láser con lito (litotricia láser).

3. La fibra láser debe estar en contacto directo con el lito, idealmente posicionarse en el centro del lito, si no es factible puede fragmentarse en la periferia del lito.
4. Los ajustes de potencia suelen ser de 0.6 a 1.4 J a 6 a 10 Hz para una energía láser total de 12 kJ. Esto de acuerdo con el tipo de fibra que se utiliza (fibra Slimline SIS 200 micras o 365 micras respectivamente, longitud de 4 metros).
5. De acuerdo con el tamaño del lito, será necesario pelar y cortar la punta de la fibra, para lograr el objetivo.^{2,3,4}

Es importante recordar siempre estos tips y trucos, no desesperarse y siempre guardar la calma durante el procedimiento, lo que incrementará nuestra tasa de éxito en la resolución de la coledocolitiasis.

Referencias

1. Angsuwatcharakon P, Rerknimitr R. *Cracking Difficult Biliary Stones*. Clin Endosc 2021 Mar 16. [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.5946/ce.2020.256-IDEN> Print ISSN 2234-2400 • On-line ISSN 2234-2443.
2. Buxbaum J, Abbas S, Sultan S. *et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis*. Gastrointest Endosc 2019;89:1075-105.



Imagen 4. Equipo láser Holmus y parámetros utilizados con una fibra láser 365.

3. Manes G, Paspatis G, Aabakken L. *et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline*. Endoscopy 2019;51.
4. ASGE Technology Committee; Watson RR, Parsi MA, Aslanian HR, Goodman AJ, Lichtenstein DR, Melson J, Navaneethan U, Pannala R, Sethi A, Sullivan SA, Thosani NC, Trikudanathan G, Trindade AJ, Maple JT. *Biliary and pancreatic lithotripsy devices*. VideoGIE. 2018 Sep 26;3(11):329-338. doi: 10.1016/j.vgie.2018.07.010. PMID: 30402576; PMCID: PMC6205352.
5. Gutierrez B. *et al. Efficacy and Safety of Digital Single-Operator Cholangioscopy for Difficult Biliary Stones*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2018 Jun;16(6):918-926.



ameg
2023-2024

LII

**Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal**
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Congreso

14 al 16 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial

Introducción a la calidad en endoscopia

Dra. Mónica del Rocío Reyes Bastidas

Aunque, históricamente, el control de calidad en la práctica de la endoscopia se centraba en el control y prevención de infecciones que se transmitían a través del mal procesamiento de los endoscopios, hoy en día las unidades de endoscopia son consideradas áreas de operaciones estériles, por lo que el control de calidad o los indicadores de calidad han ido aplicándose y sobreponiéndose día a día como parte de los pasos a seguir en la práctica de la endoscopia por seguridad de nuestros pacientes, con el objetivo de lograr la excelencia en la práctica de ésta.

Los indicadores de calidad en endoscopia se dividen en estructura, proceso y resultado. A su vez se subdividen y se muestran en la Tabla 1. “Estructura” se refiere a todo lo relacionado con la estabilidad con la que se asiste al paciente desde el punto de vista de organización; “proceso” es lo que se hace por los pacientes y la habilidad con la que se hace; y, finalmente, “resultado” es el cambio que se produce en la salud del paciente después de recibir la atención médica y la satisfacción por parte de éste.

Una vez mencionado lo anterior, es para nosotros muy importante dar forma y conocimiento de cómo debe funcionar y qué debe tener cada una de nuestras unidades de endoscopia y así ir mejorando nuestra práctica diaria.

El objetivo en los siguientes números es ampliar y dar a conocer cada uno de estos puntos. Serán interesantes y deseo que sean útiles para cada uno de nosotros.

Tabla 1. Indicadores de calidad comunes a todas las exploraciones endoscópicas.

Estructura
1. Consentimiento informado válido.
2. Plan de gestión de medicación antitrombótica.
3. Endoscopista experimentado.
4. Plan de alta.
5. Calidad del informe del alta.
6. Procedimiento de desinfección del material de endoscopia.
7. Características estructurales y funcionales de la Unidad de Endoscopia.
Proceso preprocedimiento
1. Indicación adecuada.
2. Firma del documento de consentimiento informado.
3. Evaluación clínica.
4. Sedación planificada.
5. Gestión de medicación antitrombótica.
Proceso procedimiento
1. Documentación gráfica.
2. Monitorización del paciente sedado.
3. Registro de eventos adversos inmediatos.
Proceso posprocedimiento
1. Recuperación del paciente.
2. Información del alta.
3. Registro de eventos adversos tardíos.
Resultado
1. Incidencia de eventos adversos.
2. Calidad percibida y satisfacción del paciente.



ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Curso de Posgrado

12 y 13 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial

Acerca de la técnica de polipectomía fría forzada.

¿Maniobra que posiblemente hemos hecho con frecuencia?

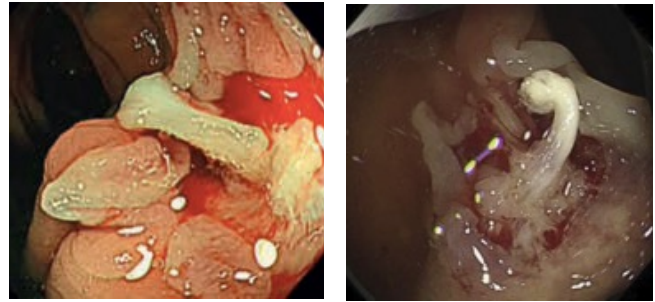
Dra. Lucía Vásquez Sánchez

El uso de la polipectomía con asa fría se ha expandido rápidamente en los últimos años debido a lo conveniente que es, tanto por seguridad como por tiempo. Se ha documentado que la hemorragia tardía pospolipectomía es menor con esta técnica en comparación con la polipectomía con asa caliente y la resección endoscópica de la mucosa.

Durante la polipectomía con asa fría, en ocasiones se produce una protrusión de tejido residual, correspondiente a la muscularis mucosae y submucosa. La prevalencia de estos defectos oscila entre un 14% y 36%, y se han considerado como indicadores de resección incompleta de la capa mucosa.

En algunos casos, lazar el pólipo es insuficiente para realizar la polipectomía, por lo que algunos endoscopistas optan por realizar un tirón forzado hacia éste. Esta técnica se ha llamado polipectomía con asa fría forzada (forced CSP, por sus siglas en inglés).

En ocasiones, esta técnica se realiza porque el tejido es duro o difícil de cortar, o bien, porque hemos tomado mucho tejido. Por lo tanto, en ocasiones podríamos haber hecho, de manera inadvertida, una tracción del tejido hacia nosotros para facilitar el trabajo.



Figuras 1 y 2. Defectos de protrusión por polipectomía de asa fría.

Un grupo de autores que recientemente publicaron un estudio prospectivo en *Endoscopy*, tenían la impresión de que esta técnica causaba un incremento de defectos de protrusión pospolipectomía, así que decidieron realizar un estudio prospectivo de 2020 a 2021, donde se realizaron 1,315 polipectomías con asa fría, 1,210 con la técnica convencional y 105 con la técnica forzada. La medida estándar del pólipo fue de 4 mm para la técnica convencional y 6 mm para la técnica forzada.

El porcentaje de presencia de los defectos de protrusión entre una técnica y otra fueron del 6.4% (77/1,210) para la técnica convencional y 96.2% (101/105) para la técnica forzada. Se debe destacar que, aunque la técnica forzada se asocia más a

la presencia de estos defectos de protrusión, no se asocia a mayor número de complicaciones como perforación, hemorragia inmediata o tardía.

También fueron analizados factores asociados a la realización de la polipectomía con asa fría forzada, como la localización, el tamaño y si eran pólipos serrados, los cuales estuvieron asociados a una mayor cantidad de defectos de protrusión postpolipectomía. Por ejemplo, fue más frecuente la aparición de defectos cuando los pólipos estaban en ciego y se explica por haber mayor cantidad de fibrosis en esta zona. En cuanto a las lesiones serradas, porque tienen cambios patológicos en las criptas basales que modifican el resultado de la polipectomía.

Otro consejo que puede ayudar a mantener una polipectomía adecuada es no tener muy insuflado el colon ni colapsado, ya que en la primera se resbala el asa y en la segunda situación se puede tomar la muscularis mucosae y condicionar mayor dificultad para el corte.

Algo a resaltar es que no hubo diferencias significativas entre el endoscopista en entrenamiento y la realizada por un experto.

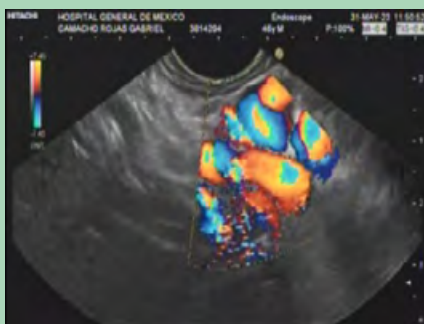
Las limitantes de estudio pueden ser que solamente se realizó en un solo centro, el número de limitado de casos de polipectomía forzada y que no se estudiaron las diferencias entre un asa y otra.

Tomando en cuenta más información, es claro que la tendencia es no recomendar realizar la técnica forzada de polipectomía fría, ya que puede ser considerada como “resección incompleta de pólipos”.

Referencias

1. Arimoto J *et al.* Cold snare defect protrusion and incomplete polyp resection after forced cold snare polypectomy: a prospective observational study. *Endoscopy* 2024;56:14-21.
2. Ishii T *et al.* Histopathologic features and fragmentation of polyps with cold snare defect protrusions. *Gastrointest Endosc* 2021;93:952-959.
3. Sonnenberg A. Management of delayed postpolypectomy bleeding: a decision analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:339-342.

SEGUIMIENTO CON ULTRASONIDO ENDOSCOPICO (USE) DE LA ESCLEROTERAPIA DE VARICES GÁSTRICAS



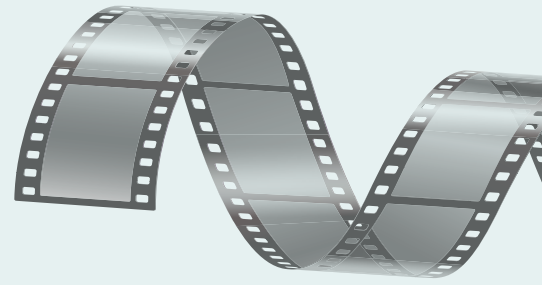
1. Várice gástrica vista por USE con Eco Doppler



2. Visión fluoroscópica



3. Momento de colocación de Coil



Manos milagrosas

La historia de Ben Carson

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

Una película biográfica de 2009 disponible en Netflix, *Manos milagrosas* se desarrolla en dos líneas de tiempo: una en 1987, momento crucial en la carrera del Dr. Carson, y la otra que sigue a Ben desde su infancia a través de sus experiencias en la escuela.

Ben tuvo una infancia difícil, ya que su madre se separó de su padre, ella no sabía leer y trabajaba limpiando casas. Él no era un buen estudiante en un inicio, por lo que su madre decidió hacer algo para que sus hijos no tuvieran las carencias a las que ella se estaba enfrentando. Poco a poco fue mejorando sus calificaciones llegando a ser el mejor de su escuela, pero eso no evitó que fuera objeto del racismo por parte de alguna de sus profesoras.

Durante su adolescencia pasó una etapa de rebeldía y agresividad, que afortunadamente pudo controlar refugiándose en la religión y la música clásica. Al entrar a la universidad tuvo algunos problemas académicos, pero con ayuda de su novia, nuevamente demostró sus cualidades de buen estudiante y logró graduarse en psicología en Yale y posteriormente en medicina en la Universidad de Michigan, para después entrar a neurocirugía en el Hospital Johns Hopkins.

Durante su residencia tuvo que tomar una decisión que podría haberle traído consecuencias serias, afortunadamente tuvo un buen resultado que impulsó aún más su fama, logrando ser jefe de residentes de su hospital.

En 1985 realizó el procedimiento de hemisferectomía en una niña con convulsiones, un tratamiento novedoso y exitoso, convirtiéndose desde entonces en un procedimiento plenamente

justificado y realizado. En 1987 es llamado a valorar un caso en Alemania de unos gemelos siameses unidos por la parte posterior de la cabeza y es en esto en lo que se centra la otra parte de la película, su preparación para la cirugía, con su madre y esposa, sus horas de estudio, sus dudas y sus oraciones. El procedimiento fue llevado a cabo y tuvo una duración de 22 horas, con un equipo médico de más de 50 personas en el quirófano, todos a las órdenes del Dr. Carson. Fue un éxito.

Sin duda, se trata de una biografía médica que es inspiradora, ver y recordar esa pasión por una especialidad, ese temor de hacer un procedimiento por primera vez, la sensación de estar terminando un procedimiento que está siendo un éxito, es toda una historia para contar.

Es interesante saber que el Dr. Carson ha estado involucrado en varios casos famosos similares. Lo siguiente no es mostrado en la película, sino que es resultado de una investigación personal.

De manera paralela a su carrera médica -sin duda exitosa-, Ben Carson tiene otras facetas diferentes: fue precandidato presidencial por el Partido Republicano y perdió contra Trump en 2016, sin embargo, este último lo nombró Secretario de Vivienda y Desarrollo Urbano durante esa administración; duda del evolucionismo y apoya el creacionismo; está en contra del aborto y se opone a la homosexualidad; apoya el uso de drones en la frontera para evitar la migración ilegal; no cree en el cambio climático y apoya el uso de armas en Estados Unidos. Muy interesante conocer el lado profesional y personal de un profesionalista, quizá contrastantes entre sí.



ameg
2023-2024

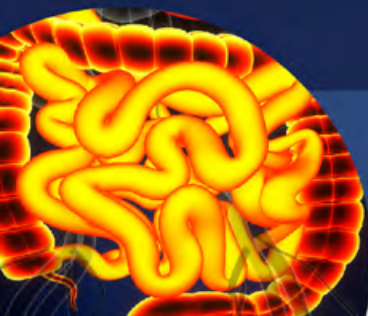
LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Encuentro Internacional de Intestino Medio

15 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial



ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Encuentro de Motilidad y Neurogastroenterología

16 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial





ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Encuentro Internacional de Residentes

16 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial



ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

Simposios Encuentro Internacional de Ultrasonido Endoscópico

13 y 14 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México



Sede: Hotel Mundo Imperial

