

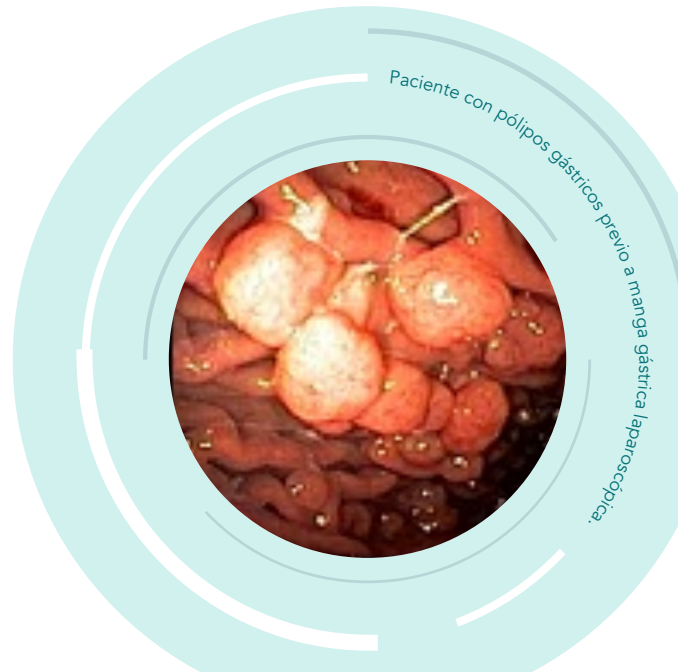
# gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

BARIATRÍA

## ¿Es realmente necesaria una endoscopia diagnóstica antes de la cirugía bariátrica?

- ¿Cuál es el papel de la cápsula endoscópica en el diagnóstico y tratamiento de los tumores del intestino delgado?
- Algoritmo de diagnóstico de la estenosis biliar indeterminada (EBI): ¿Qué dicen las nuevas guías clínicas?
- Pólipos serrados sésiles: ¿Polipectomía con asa fría o resección endoscópica de la mucosa?





## 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 A. Morales Fuentes

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Julio César 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

## ¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

## 6 Ojo seco

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

## BARIATRÍA

## 10 ¿Es realmente necesaria una endoscopia diagnóstica antes de la cirugía bariátrica?

Dr. Andrés Rodríguez Parra

## ENTEROSCOPIA

## 14 ¿Cuál es el papel de la cápsula endoscópica en el diagnóstico y tratamiento de los tumores del intestino delgado?

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

## EN VÍA BILIAR

## 16 Algoritmo de diagnóstico de la estenosis biliar indeterminada (EBI): ¿Qué dicen las nuevas guías clínicas?

Dr. Jony Cerna Cardona

## CALIDAD EN ENDOSCOPIA

## 21 Indicadores de calidad para esofagogastroduodenoscopia

Dra. Mónica Reyes Bastidas

## PÓLIPOS

## 25 Pólipos serrados sésiles: ¿Polipectomía con asa fría o resección endoscópica de la mucosa?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

## 29 MEDI-CINE

## Mujeres en la ciencia

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

### Estimados compañeros amantes de la endoscopia:

**S**aludos a todos los socios. Ya casi vamos llegando al ombligo de mi año académico. Insisto en la gran diversidad de actividades novedosas que hemos instaurado. Entendemos que es un cambio fundamental en la manera de transmitir información y conocimientos, pero sabemos que este es el camino correcto.

Para aprovechar todos estos recursos, es vital que instalen Facebook, Instagram, X (antes Twitter) y TikTok para seguirnos (próximamente Spotify y LinkedIn), además de actualizar su correo y número de celular (no de consultorio) para estar al tanto, así como recibir noticias, perlas clínicas, podcasts y sesiones.

Varios socios son ya de mi "rodada" y desconocen y/o temen utilizar estos medios. Los invitamos a utilizarlos; pidan ayuda a sus hijos, sobrinos o nietos. Recuerden: el que no se actualiza, no sólo se queda en el mismo sitio, sino que se va quedando atrás.

Finalmente, los exhorto a que PARTICIPEN en secciones como Video de la semana, Imágenes, Casos problema en EndoFORO y artículos Scientific en la Revista Endoscopia y en este medio de comunicación tan importante como es GEMA.

**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:



# Marzo es el mes de concientización contra el cáncer colorrectal. ¿Diferencias de género para el tamizaje?

En Austria se estudiaron 323,139 pacientes que fueron sometidos a colonoscopia de tamizaje en un periodo de 2007 a 2020: 51.3% mujeres y 48.7% hombres, con una media de edad de 59 años para ambos.

El riesgo de muerte por cáncer colorrectal es casi el doble para hombres comparado con mujeres (HR 1.76); sin embargo, la brecha se acorta conforme aumenta la edad. Existen varias teorías con respecto a esto, como el efecto hormonal del estrógeno.

Los hombres tienen un mayor riesgo de tener adenomas o pólipos serrados (OR 1.83), pólipos de bajo riesgo (OR 1.46) y pólipos de alto riesgo (OR 1.76), en comparación con las mujeres; sin embargo, en estas es más frecuente el cáncer de colon proximal.

Los autores sugieren que se necesitan recomendaciones específicas para cada género.

## ¿Quieres saber más?

- Waldmann E *et al.* *Differences between men and woman with respect to colorectal cancer mortality despite screening colonoscopy.* Gastrointestinal Endoscopy. In press Journal pre-proof. January 4, 2024.



Síguenos: @endosco\_pig



# Ojo seco

**Dr. Miguel Ángel Herrera Servín**

Para esta entrega vamos a hablar de forma muy resumida de un tema que a todos nos afecta y que pocas veces ponemos atención: el ojo seco. ¿Te ha pasado? Para esto, qué mejor que un especialista en el tema como lo es el Dr. Guillermo Raúl Vera Duarte\*, médico oftalmólogo, para explicarnos más sobre esta condición, cómo se manifiesta y qué podemos hacer para su manejo.

El ojo seco, también conocido como enfermedad del ojo seco, síndrome del ojo seco y/o queratoconjuntivitis seca,<sup>1</sup> es uno de los motivos más frecuentes de visita al oftalmólogo.

Según la definición del Grupo de Trabajo II del Taller sobre Ojo Seco y Superficie Ocular de la Sociedad de la Película Lagrimal y la Superficie Ocular (TFOS DEWS II), el ojo seco se define como una enfermedad multifactorial de la superficie ocular, caracterizada por una pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y acompañada de síntomas oculares, en la que la inestabilidad y la hiperosmolaridad de la película lagrimal, la inflamación y el daño de la superficie ocular y las anomalías neurosensoriales desempeñan papeles etiológicos.<sup>2</sup>

Es decir, es considerado una condición ocular en la que hay una deficiencia en la producción o calidad de las lágrimas, lo que resulta en una falta de lubricación y humectación en la superficie del ojo.

Este problema puede tener múltiples causas, incluyendo el síndrome de Sjögren, alergias, infecciones y, más comúnmente, la disfunción de las glándulas de Meibomio, las cuales son responsables de secretar los lípidos necesarios para la hidratación y lubricación de los ojos, así como para prevenir la evaporación de las lágrimas.



Imagen 1. Imagen representativa de sensación de ojo seco. Imagen generada mediante IA por MAHS.

Por consiguiente, esta afección puede clasificarse en deficiente acuoso (alteración en la producción lagrimal), evaporativo (deficiencia de lípidos) o de mecanismos mixtos.<sup>3</sup> La deficiencia acuosa se debe a una secreción reducida de la glándula lagrimal y la enfermedad evaporativa a anomalías en la capa lipídica de la película lagrimal.<sup>4</sup>

La frecuencia varía según los criterios utilizados para su diagnóstico y ha mostrado fluctuaciones que van desde alrededor del 5% hasta el 50% en investigaciones realizadas en muestras representativas de la población general. Este porcentaje ha alcanzado hasta el 70% en individuos que utilizan dispositivos visuales (computadoras, tabletas, celulares o cámaras) con regularidad,<sup>5</sup> como puede pasar durante procedimientos endoscópicos (colonoscopia, CPRE o ultrasonido endoscópico, etc) en los cuales se suele estar mirando de forma fija y con disminución en el parpadeo por mucho tiempo a una pantalla.

Esta afección es bastante común y puede manifestarse con una variedad de síntomas, que incluyen sequedad ocular, picazón, sensación de arenilla, visión borrosa, sensibilidad a la luz y fatiga visual, entre otros. Además, puede llevar a problemas más graves si no se trata adecuadamente, como lesiones en la superficie ocular y dificultades visuales severas.<sup>6</sup>

Existen varios factores que pueden contribuir al desarrollo del ojo seco, como la edad avanzada, factores ambientales tanto interiores (como el uso de aire acondicionado) como exteriores (como la exposición al viento y la contaminación), cambios hormonales, ciertas enfermedades sistémicas, el uso de ciertos medicamentos y malos hábitos alimenticios, entre otros.

El proceso de diagnóstico del ojo seco puede resultar desafiante debido a la diversidad de síntomas que presenta y a su parecido con otras afecciones oculares. Se emplean diversas pruebas para evaluar el ojo seco, incluyendo la frecuencia de parpadeo, la calidad y cantidad de lágrimas, así como el funcionamiento de las glándulas de Meibomio, localizadas en los bordes de los párpados.

Dado que no existe un único signo o síntoma definitivo para el diagnóstico, es fundamental someterse a una evaluación oftalmológica exhaustiva para obtener un diagnóstico preciso.<sup>7</sup>



Imagen 2. Imagen que representa la sensación de cansancio y fatiga ocular. Imagen generada mediante IA por MAHS.



Imagen 3. Mirar por tiempos prolongados una pantalla durante un procedimiento endoscópico pueden ocasionar al final de la jornada síntomas como dolor ocular, cefalea, resequeza ocular, irritación o visión borrosa. Imagen generada mediante IA por MAHS.

Para prevenir y aliviar los síntomas del ojo seco, se pueden tomar medidas como el uso de lágrimas artificiales, evitar ambientes secos o con humo, descansar los ojos durante actividades que requieren esfuerzo visual y realizar una higiene adecuada de los párpados.

El ojo seco, asociado con el uso prolongado de pantallas electrónicas, es una preocupación común que afecta a personas de todas las edades y se conoce como fatiga ocular.<sup>8</sup> Además de la sequedad ocular, los síntomas incluyen visión borrosa, ojos adoloridos, cansancio ocular y lagrimeo. Aunque no hay evidencia de daño permanente a los ojos por el uso de dispositivos digitales, es importante tomar medidas para aliviar la incomodidad asociada.

Se recomienda parpadear con frecuencia y utilizar lágrimas artificiales sin conservantes, aplicando una gota cada cuatro horas o según se necesite para mantener los ojos lubricados. También es útil seguir la regla "20-20-20", que consiste en hacer pausas cada 20 minutos para enfocar la vista en un objeto a 20 pies (6 metros) de distancia durante al menos 20 segundos.<sup>9</sup>

Además, el uso de anteojos específicos para computadora, ajustar el brillo y contraste de la pantalla, reducir el destello y mantener una posición adecuada frente a



Imagen 4. Aplicación de lágrimas artificiales para lubricar los ojos. Imagen generada mediante IA por MAHS.

la computadora son estrategias adicionales para mitigar la fatiga ocular.

El manejo también se realiza de manera individualizada y a largo plazo, adaptándose al nivel de gravedad de la afección. Este tratamiento puede implicar la combinación de diversas estrategias para abordar eficazmente los síntomas y mejorar la condición ocular.

Uno de los tratamientos más innovadores es la Luz Pulsada Intensa (LPI), que ayuda a estimular las glándulas de Meibomio y reducir la inflamación.<sup>10,11</sup> Además, se pueden utilizar lágrimas artificiales, colirios antiinflamatorios, antibióticos o corticoides, y se pueden realizar procedimientos como la exfoliación de los párpados o el sondaje de las glán-

dulas de Meibomio.<sup>12</sup> También se pueden incluir suplementos de ácido graso omega-3 en la dieta.<sup>13,14</sup>

En resumen, el ojo seco es una condición común que puede causar molestias significativas si no se trata adecuadamente. Es importante buscar atención médica si se experimentan síntomas de ojo seco para recibir un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado.

## Referencias

- Findlay Q, Reid K. *Dry eye disease: when to treat and when to refer*. Aust Prescr. 2018;41(5):160-163. doi:10.18773/ausprescr.2018.048.
- Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al. *TFOS DEWS II Definition and Classification Report*. Ocul Surf. 2017;15(3):276-283. doi:10.1016/j.jtos.2017.05.008
- Tsubota K, Yokoi N, Watanabe H, et al. *A New Perspective on Dry Eye Classification: Proposal by the Asia Dry Eye Society*. Eye Contact Lens. 2020;46(1):S2-S13. doi:10.1097/ICL.0000000000000643.
- Pucker AD, Haworth KM. *The presence and significance of polar meibum and tear lipids*. Ocul Surf. 2015;13(1):26-42. doi:10.1016/j.jtos.2014.06.002.
- Stapleton F, Alves M, Bunya VY, et al. *TFOS DEWS II Epidemiology Report*. Ocul Surf. 2017;15(3):334-365. doi:10.1016/j.jtos.2017.05.003.
- Messmer EM. *The Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Dry Eye Disease*. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(5):71-82. doi:10.3238/arztebl.2015.0071.
- Vigo L, Pellegrini M, Bernabei F, Carones F, Scordia V, Giannaccare G. *Diagnostic Performance of a Novel Noninvasive Workup in the Setting of Dry Eye Disease*. J Ophthalmol. 2020;2020:5804123. doi:10.1155/2020/5804123.
- Toda I, Fujishima H, Tsubota K. *Ocular fatigue is the major symptom of dry eye*. Acta Ophthalmol (Copenh). 1993;71(3):347-352. doi:10.1111/j.1755-3768.1993.tb07146.x.
- Johnson S, Rosenfield M. *20-20-20 Rule: Are These Numbers Justified?* Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom. 2023;100(1):52-56. doi:10.1097/OPX.0000000000001971.
- Demolin L, Es-Safi M, Soyfoo MS, Motulsky E. *Intense Pulsed Light Therapy in the Treatment of Dry Eye Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Clin Med. 2023;12(8). doi:10.3390/jcm12083039.
- Lei Y, Peng J, Liu J, Zhong J. *Intense pulsed light (IPL) therapy for meibomian gland dysfunction (MGD)-related dry eye disease (DED): a systematic review and meta-analysis*. Lasers Med Sci. 2022;38(1):1. doi:10.1007/s10103-022-03690-1.
- Mondal H, Kim HJ, Mohanto N, Jee JP. *A Review on Dry Eye Disease Treatment: Recent Progress, Diagnostics, and Future Perspectives*. Pharmaceutics. 2023;15(3):990. doi:10.3390/pharmaceutics15030990.
- Donthineni PR, Shanbhag SS, Basu S. *An Evidence-Based Strategic Approach to Prevention and Treatment of Dry Eye Disease, a Modern Global Epidemic*. Healthcare. 2021;9(1):89. doi:10.3390/healthcare9010089.
- Bhargava R, Pandey K, Ranjan S, Mehta B, Malik A. *Omega-3 fatty acids supplements for dry eye - Are they effective or ineffective?* Indian J Ophthalmol. 2023;71(4):1619-1625. doi:10.4103/IJO.IJO\_2789\_22.

\* Dr. Guillermo Raúl Vera Duarte  
Médico oftalmólogo  
Alta especialidad en córnea, enfermedades externas y cirugía refractiva (en curso)  
Paraguay - México

# 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.



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

Revisar IPP:



ALTIA®

Senosiain®

95  
años  
Senosiain®

# ¿Es realmente necesaria una endoscopia diagnóstica antes de la cirugía bariátrica?

**Dr. Andrés Rodríguez Parra**

Hospital Santa Inés – Ecuador

La manga gástrica y el *bypass* gástrico son dos de las cirugías que más se realizan en la actualidad. Sin duda, son procedimientos que han demostrado ser seguros y eficaces, disminuyendo el peso y permitiendo la remisión de enfermedades metabólicas. Sin embargo, en los últimos años es muy evidente la existencia de desórdenes asociados a trastornos motores y reflujo gastroesofágico con cerca del 25% al 40% de los pacientes.

Pero, ¿podrían estos desórdenes ser resultado de un pobre protocolo preoperatorio?

Actualmente existen más de 28 estudios que han demostrado el rol de la endoscopia diagnóstica previo a un procedimiento bariátrico, los cuales han indicado cifras nada despreciables de desórdenes esofágicos: ERGE (27.3%), hernia hiatal (21%), esofagitis erosiva (16.4%), esófago de Barrett (2.7%), prueba de mo-

nitoreo con pHmetría continua positiva (52.5%), úlceras gástricas, pólipos, tumores e infección por *Helicobacter pylori*, entre otros hallazgos que pueden cambiar la decisión quirúrgica o contraindicarla.

A pesar de todos estos hallazgos, el realizar una endoscopia previa es un punto álgido en los foros de debate preoperatorio, quizá por el aumento en el costo para el paciente o en la poca *expertise* de los profesionales para realizar una endoscopia dirigida en base a la cirugía programada.

En este contexto, no se trata de definir una enfermedad sino de realizar un estudio enfocado más allá de un procedimiento diagnóstico rutinario y asociarlo a un paciente con obesidad muchas veces asintomático.

Entonces, es lógico entender que este grupo de pacientes son los que se benefi-

cian de un *screening* preoperatorio. Siete estudios han examinado a pacientes “asintomáticos”. Un total de 729 pacientes fueron estudiados en los que se evidenció: hernia hiatal (17%), esofagitis erosiva (16.9%) y esófago de Barrett (0.7%).

Existen dos metaanálisis (Bennett y Parikh) con cerca de 18,000 pacientes, donde en el 7.8% de los casos se realizó un cambio en el procedimiento quirúrgico y el 27.5% tuvo cambios con el manejo clínico.

La Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS, por sus siglas en inglés) recomienda en pacientes con plan quirúrgico:

Realizar una endoscopia diagnóstica en todos los pacientes sintomáticos previo a una cirugía bariátrica.

Con base en los pacientes con presencia de ERGE preoperatorio (esofagitis



Figura 1. Paciente asintomático con hernia hiatal tipo 1 de 5 cm, Hill IV.

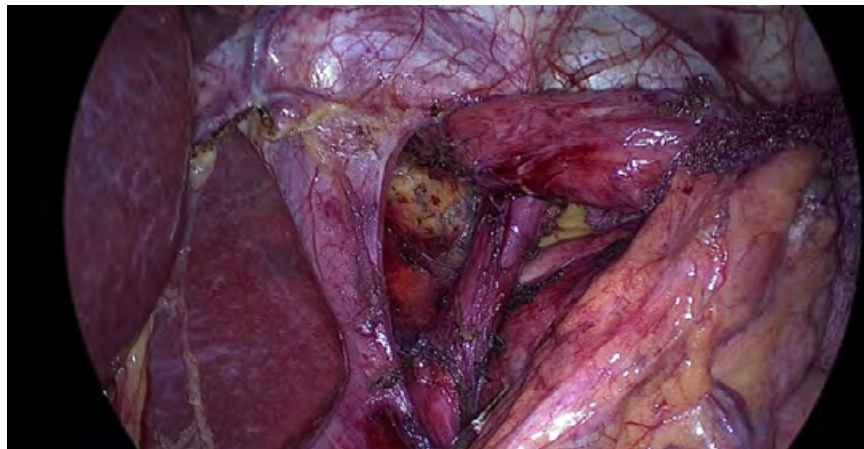


Figura 2. Imagen laparoscópica con hiato laxo, se decide cruroplastia.

tipo C y D de Los Ángeles, pHmetría positiva) valorar *bypass* gástrico sobre manga gástrica.

El papel en la formación del endoscopista en entrenamiento es realizar un estudio endoscópico seguro y de calidad con el propósito de unificar y reducir la variación en la práctica y junto con la toma de fotografías durante la examinación endoscópica es una estrategia que ayudaría a revisar los hallazgos endoscópicos, compartir información y decidir la mejor alternativa quirúrgica (Figura 1 y 2).

Ahora bien, debemos recordar que la fotodocumentación es primordial en este aspecto y es necesario enfocarse particularmente en el esófago distal, la unión

esofagagástrica, hiato en retroversión, además de la evolución cotidiana del estómago (Figura 3).

La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) recomienda solamente ocho fotografías, incluyendo dos imágenes de esófago, cuatro de estómago y dos de duodeno (Figura 4).

Actualmente, la realización de un estudio endoscópico previo es una práctica bien vista en los grupos bariátricos con un manejo multidisciplinario adecuado, realizado en todos los pacientes previo a *bypass* gástrico con o sin síntomas de reflujo (recordar que no es posible acceder de manera convencional

al estómago excluido en estos pacientes) y en pacientes con indicación de manga gástrica, incluso asintomáticos, para visualizar el conjunto esófago distal-unión cardio-hiatal.

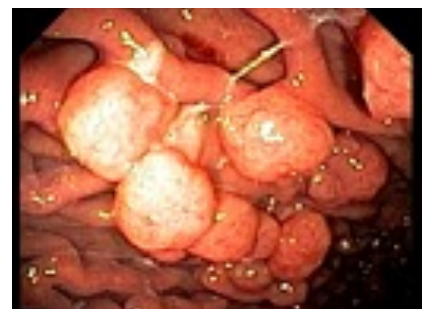
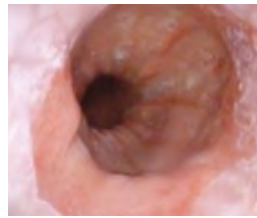


Figura 3. Paciente con pólipos gástricos previo a manga gástrica laparoscópica.



1. Esófago superior



2. Unión gastroesofágica



3. Fondo en retroflexión



4. Cuerpo gástrico



5. Incisura en retroflexión



6. Antro gástrico



7. Bulbo duodenal



8. Duodeno distal

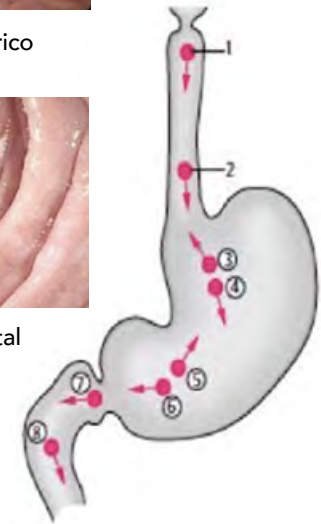


Figura 4. Imágenes ideales para una endoscopia en bariatría.

## Referencias

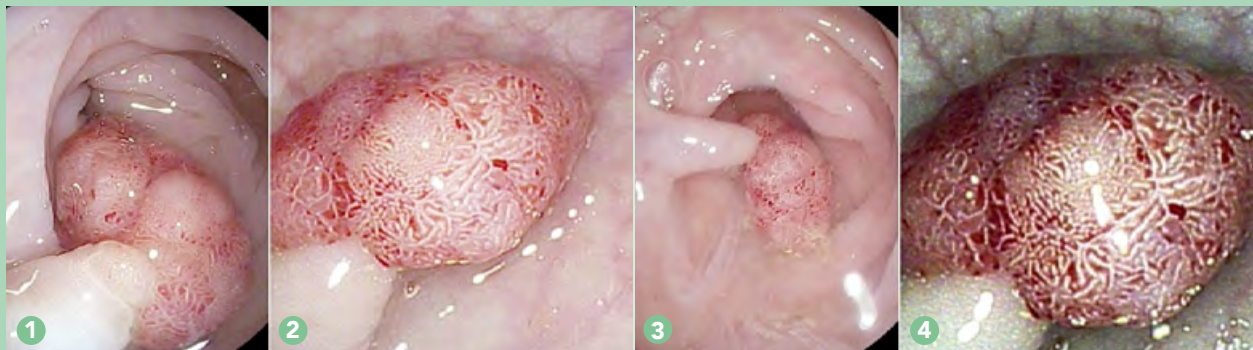
1. Campos GM, Mazzini GS, Altieri MS, Docimo S Jr, DeMaria EJ, Rogers AM; *Clinical Issues Committee of the American Society for Metabolic and Bariatric Surgery*. *ASMBs position statement on the rationale for performance of upper gastrointestinal endoscopy before and after metabolic and bariatric surgery*. *Surg Obes Relat Dis*. 2021 May;17(5):837-847. doi: 10.1016/j.soard.2021.03.007. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33875361.
2. Moulla Y, Lyros O, Mehdorn M, Lange U, Hamade H, Thieme R, Hoffmeister A, Feis- thammel J, Blüher M, Jansen-Winkel B, Gockel I, Dietrich A. *Preoperative Upper-GI Endoscopy Prior to Bariatric Surgery: Essential or Optional?* *Obes Surg*. 2020 Jun;30(6):2076-2084. doi: 10.1007/s11695-020-04485-5. Erratum in: *Obes Surg*. 2020 Apr 20; Erratum in: *Obes Surg*. 2022 Jan;32(1):225. PMID: 32096015; PMCID: PMC8566420.
3. Saarinen, T., Kettunen, U., Pietiläinen, K. H., & Juuti, A. (2018). *Is preoperative gastroscopy necessary before sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass?* *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 14(6), 757–762. doi:10.1016/j.soard.2018.01.02
4. Emura F, Sharma P, Arantes V, Cerisoli C, Parra-Blanco A, Sumiyama K, Araya R, Sobrino S, Chiu P, Matsuda K, Gonzalez R, Fujishiro M, Tajiri H. *Principles and practice to facilitate complete photodocumentation of the upper gastrointestinal tract: World Endoscopy Organization position statement*. *Dig Endosc*. 2020 Jan;32(2):168-179. doi: 10.1111/den.13530. Epub 2019 Nov 6. PMID: 31529547.
5. Beg S, Ragunath K, Wyman A, Banks M, Trudgill N, Pritchard DM, Riley S, Anderson J, Griffiths H, Bhandari P, Kaye P, Veitch A. *Quality standards in upper gastrointestinal endoscopy: a position statement of the British Society of Gastroenterology (BSG) and Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland (AUGIS)*. *Gut*. 2017 Nov;66(11):1886-1899. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314109. Epub 2017 Aug 18. Erratum in: *Gut*. 2017 Dec;66(12):2188. PMID: 28821598; PMCID: PMC5739858.

**2023  
2024**

**ameg**  
2023-2024

**PAGO OPORTUNO  
DE ANUALIDAD**  
**\$3,500.00**

**HASTA EL 31 DE MARZO DE 2024**



Imágenes 1-3. Pólipo de sigmoides con aspecto dendrítico (Paris 0-Ip/KUDO IV)  
Imagen 4. Visión con cromoendoscopia digital I-SCAN 2

Cortesía: Hospital General de México, Dr. Julio C. Zavala Castillo

# ¿Cuál es el papel de la cápsula endoscópica en el diagnóstico y tratamiento de los tumores del intestino delgado?

**Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez**

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Los tumores de intestino delgado (TID) son lesiones relativamente raras que se pueden encontrar en el tracto gastrointestinal, con una incidencia variable según su tipo histológico. Las lesiones malignas primarias más frecuentes son los tumores neuroendocrinos (TNE), seguidos de adenocarcinomas, linfomas y sarcomas entre los cuales, el tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es el más frecuente (Figura 1).

La detección precoz de los TID es de suma importancia para mejorar el pronóstico del paciente, teniendo en cuenta que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo se obtiene mediante una combinación de varios métodos diagnósticos. Teniendo en cuenta la rareza de los TID y la ausencia de síntomas específicos, su detección puede ser incidental, por lo tanto, se requiere un alto grado de sospecha para obtener un diagnóstico oportuno.

Actualmente, la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) identifica algunos escenarios clínicos considerados de alto riesgo para desarrollar TID, recomendando el uso

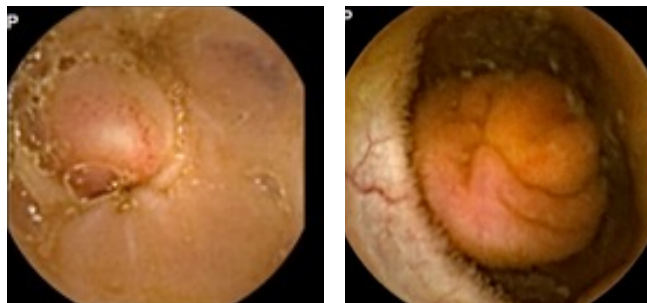


Figura 1. Tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

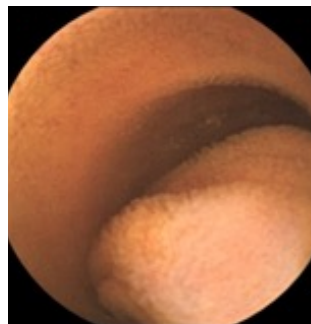


Figura 2. Tumor neuroendocrino.

de la videocápsula endoscópica (VCE). Esto incluye la presencia de metástasis hepáticas de un TNE primario (Figura 2) no diagnosticado previamente, melanoma maligno en estadio III-IV y enfermedad celíaca complicada, que no responde o que es resistente al tratamiento.

Por último, se deben descartar los TID ante la sospecha de hemorragia de origen en intestino delgado (ID) o anemia ferropénica, así como en el contexto de síndromes polipósicos hereditarios.

Es importante recalcar que siempre que se tenga sospecha clínica elevada de TDI, incluso en caso de un examen inicial negativo (ya sea VCE o imágenes transversales), el estudio clínico debe continuar, teniendo en cuenta las limitaciones intrínsecas de cada método diagnóstico.

Se sabe que la VCE es una excelente herramienta diagnóstica para identificar lesiones en el ID, su rendimiento diagnóstico para los TDI varía en función de la indicación del estudio. Cuando se comparan con las imágenes transversales, los datos son contradictorios: específicamente para los TID, algunos autores informaron una menor sensibilidad diagnóstica para la VCE en comparación con la enterografía por tomografía, mientras que otros no encontraron diferencias significativas [49,50].

Es importante saber que la VCE tiene limitaciones técnicas, como el no ofrecer un tratamiento, así como el paso de la primera parte del ID (duodeno y yeyuno proximal), donde la visualización de las lesiones puede verse afectada por el paso de la VCE y la presencia de abundantes secreciones biliares y de los bucles de mucosa a este nivel, se ha reportado hasta el 20% de lesiones no identificadas.

El uso de VCE con doble cámara podría representar una posible solución a este problema, ya que la segunda cámara puede proporcionar imágenes, especialmente para lesiones ocultas detrás de algunos pliegues o ángulos.

Las lesiones subepiteliales a menudo se presentan como abultamientos de la pared que pueden ser malinterpretados como hallazgos benignos usando VCE, por lo que debemos de analizar cada una de las lesiones identificadas. Para minimizar este riesgo, se han diseñado puntuaciones específicas. Uno de los más utilizados es el índice de SPICE tomando en cuenta cuatro criterios que, con un valor de corte  $>2$ , permite discriminar entre masas malignas subepiteliales y protuberancias benignas, con un valor predictivo positivo de 71.4% y un valor predictivo negativo del 94.4%.

En los casos en los que se retenga la VCE y se tenga la sospecha alta de TID se debe recomendar la cirugía y, en aquellos casos donde no existe seguridad, debería ir a enteroscopia.

En los últimos años, la VCE ha tenido mejoras importantes, entre las que se encuentra mejor calidad de visión, angulación, implementación de doble cámara e inteligencia artificial que nos ayudan a detectar de manera oportuna los TID. Debido a que la VCE no permite la validación histológica y la estadificación de los hallazgos endoscópicos, debe utilizarse como estudio complementario a la enteroscopia y estudios de imagen.

## Referencias

1. Fantasia S, Cortegoso Valdivia P, Kayali S, Koulaouzidis G, Pennazio M, Koulaouzidis A. *The Role of Capsule Endoscopy in the Diagnosis and Management of Small Bowel Tumors: A Narrative Review*. Cancers (Basel). 2024 Jan 7;16(2):262.

# Algoritmo de diagnóstico de la estenosis biliar indeterminada (EBI): ¿Qué dicen las nuevas guías clínicas?

*“La exclusión de malignidad en una EBI es un desafío que a menudo requiere múltiples procedimientos y estrategias diagnósticas”.*

**Dr. Jony Cerna Cardona**

La estenosis biliar de etiología indeterminada plantea un desafío diagnóstico para los endoscopistas de la vía biliar. A pesar de los avances en la tecnología, discriminar malignidad en una estenosis biliar requiere de múltiples estrategias diagnósticas y procedimientos (Diagrama 1).

Tradicionalmente se ha definido a la EBI como aquella estenosis biliar que se identifica en al menos una modalidad de imagen con evaluación citopatológica negativa a través de diversos métodos (cepillado y/o biopsia endobiliar) durante la colangiografía endoscópica.<sup>1,2,3</sup>

En pacientes con estenosis biliares con etiología no determinada, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) sugiere citología más biopsias guiadas por fluoroscopia (sensibilidad 66% y especificidad 97%).<sup>1</sup>

Cuando se documentan estenosis biliares, la estrategia diagnóstica que ha demostrado el mejor rendimiento diagnóstico es la colangioscopia con toma de biopsias y visualización directa de las características de las estenosis. Para esto, actualmente se utilizan los criterios de Mónaco<sup>4</sup> (Imagen 1) y/o criterios de Mendoza (Imagen 2).

En pacientes en los que se documente estenosis biliar distal, linfadenopatía o enfermedad metastásica observada por estudios de imagen, el enfoque diagnóstico después de una CPRE (Colangiopancreatografía Endoscópica) convencional no diagnóstica es la utilización del ultrasonido endoscópico con biopsia o aspiración con aguja fina (FNA/FNB).

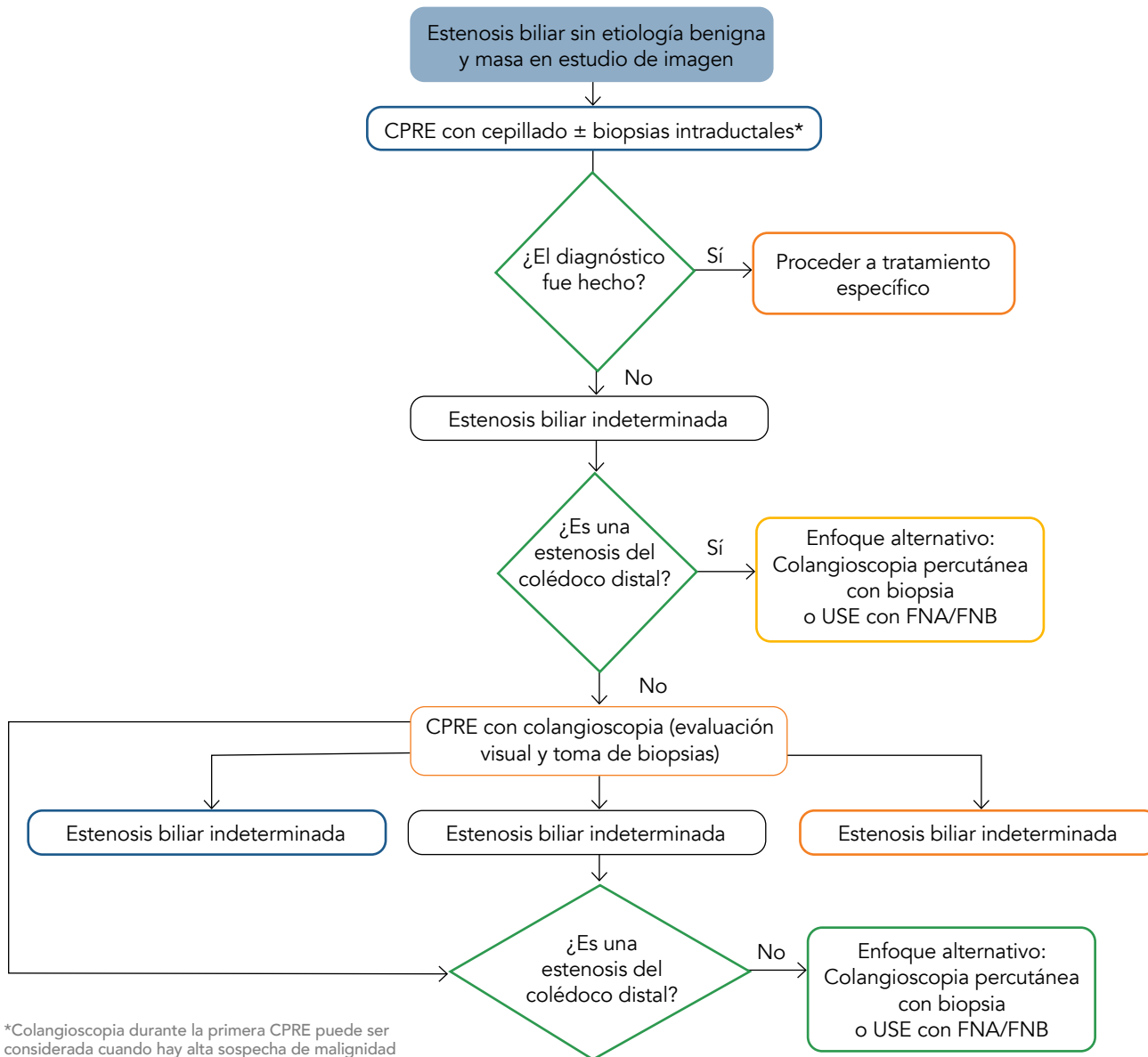
Si después de los estudios no se documenta etiología maligna de la estenosis biliar, esta debe vigilarse con estudios de

imagen; si se observa progresión de la estenosis, se sugiere repetir la colangioscopia con toma de biopsias y, si no se observa progresión de la enfermedad después de seis meses, se descarta la posibilidad de enfermedad maligna.

En los centros donde se cuente con el recurso de colangioscopia digital, ante la sospecha de etiología maligna de una estenosis biliar puede realizarse en la CPRE inicial para tomar biopsias y caracterizar la estenosis (la presencia de ulceración, proyecciones papilares digitiformes [Imagen 3] se correlacionan más con la etiología maligna de una estenosis) y ha demostrado reducir el número de procedimientos innecesarios.

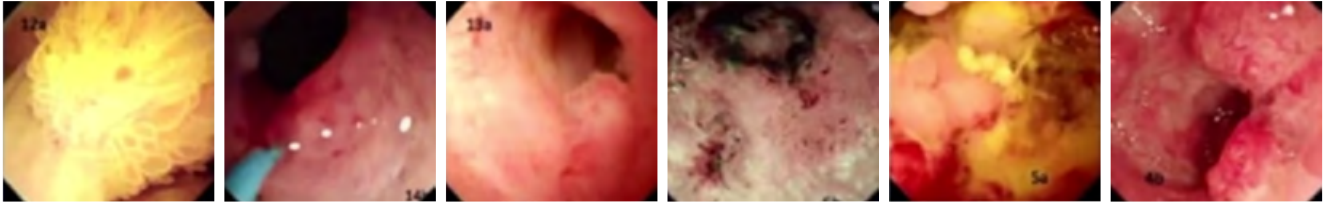
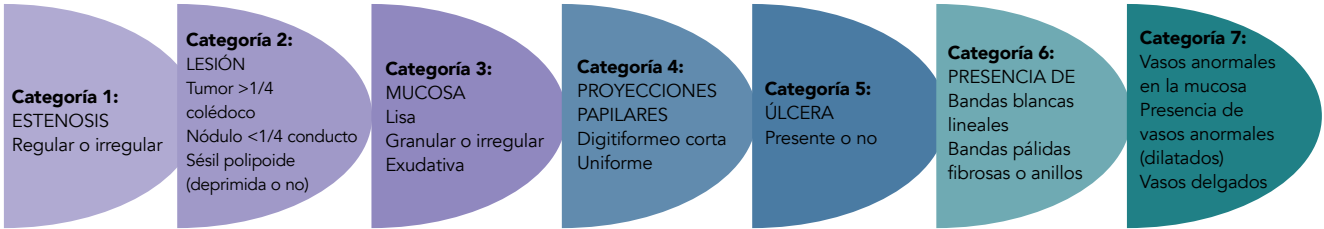
El reconocer de forma temprana y oportuna la etiología de una estenosis biliar cambia la conducta terapéutica y el pronóstico del paciente.

**Diagrama 1. Algoritmo diagnóstico de la estenosis biliar indeterminada.<sup>2</sup>**



\*Colangioscopia durante la primera CPRE puede ser considerada cuando hay alta sospecha de malignidad  
 \*\*Resección quirúrgica es más preferida, pero manejo conservador puede ser seleccionado de acuerdo con factores externos

## Criterios de Mónaco: Digital Spyglass



Define términos: Neoplásico o No Neoplásico (certeza diagnóstica 74%)

Ulceración OR 10.3 p 0.012



Proyecciones  
papilares OR 7.2, p 0.024

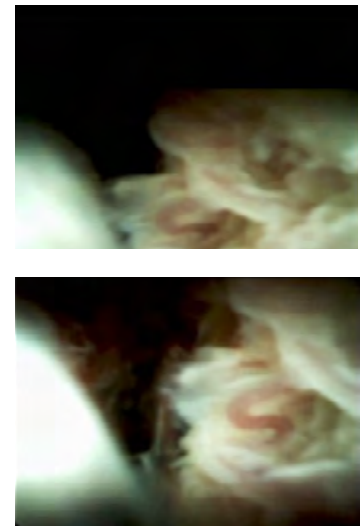
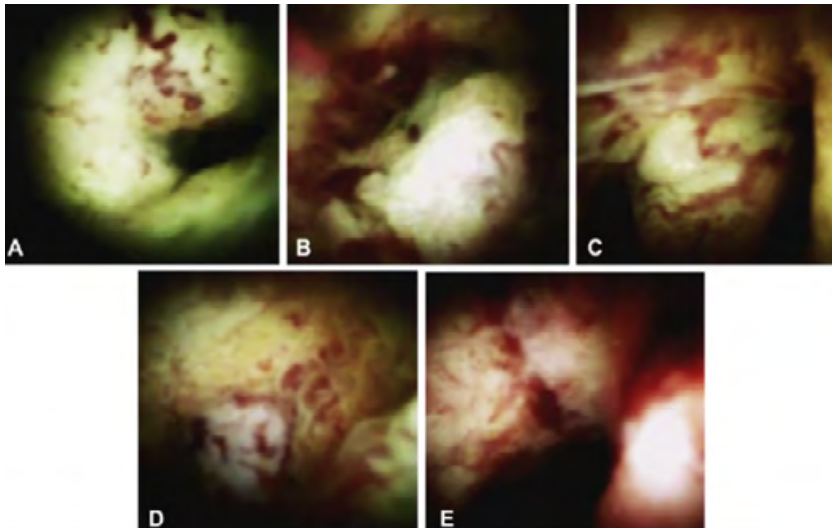


Imagen 2: Clasificación de Mendoza.<sup>5</sup> A: Vasos tortuosos y dilatados; B: Presencia de nodulaciones irregulares; C: Presencia de lesión intraductal elevada; D: Presencia de superficie irregular con o sin ulceraciones; E: Presencia de friabilidad.

Imagen 3. Proyecciones papilares digitiforme observadas por colangioscopia.

## Referencias

1. Fujii-Lau L, Thosani N, Al-Haddad M, et al. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on role of endoscopy in the diagnosis of malignancy in biliary strictures of undetermined etiology: methodology and review of evidence*. *Gastrointest Endosc* 2023;:1-19).
2. Angsuwatcharakon P, Kulpatcharapong S, Moon J, et al. *Consensus guidelines on the role of cholangioscopy to diagnose indeterminate biliary stricture*. *HPB* 2022, 24, 17–29.
3. Subhash A, Buxbaum J, Tabibian J. *Peroral cholangioscopy: Update on the state-of-the-art*. *World J Gastrointest Endosc* 2022 February 16; 14(2): 63-105.
4. Sethi A, Kahaleh M. et al. *Defining imaging criteria for indetermined biliary strictures utilizing video cholangioscopy: the Monaco classification*. *Gastrointest Endosc* 2015;81:5S.
5. Kahaleh M, Gaidhane M, Shahid HM, Tyberg A, et al. *Digital single-operator cholangioscopy interobserver study using a new classification: the Mendoza Classification (with video)*. *Gastrointest Endosc*. 2022 Feb;95(2):319-326.

## Journal Club de Ultrasonido Endoscópico

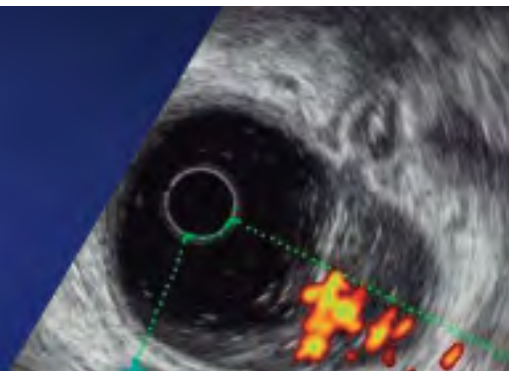
Miércoles 6 de marzo, 21:00 hrs.

Coordinador:

**Dr. Félix Téllez Ávila**

Sigue la transmisión  
en vivo

 [youtube.com/@ameg-cp](https://youtube.com/@ameg-cp)



## Journal Club desde Birmingham Novedades en Endoscopía

Miércoles 13 de marzo, 21:00 hrs.

Coordinador:

**Dr. Serglo Sánchez Luna**

Sigue la transmisión  
en vivo

 [youtube.com/@ameg-cp](https://youtube.com/@ameg-cp)



**SESIÓN  
MENSUAL**



Patrocinador:



**07**

**MARZO / 20:00 h.**



**Profesor: Dr. Alberto Baptista**

Hospital de Clínicas Caracas,  
Venezuela

**ACTUALIDADES EN  
COLANGIOSCOPIA**

*Coordinadores:*  
**Dr. Jony Cerna Cardona**  
**Dr. Eduardo Torices Escalante**

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

## Journal Club de **Ultrasonido Endoscópico**

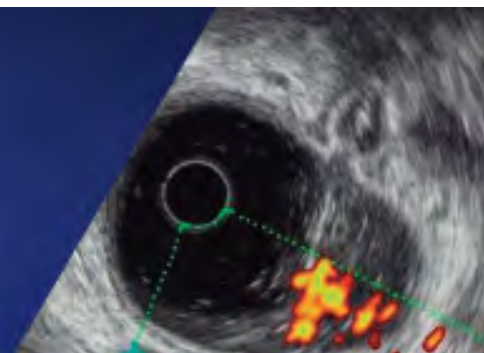
**Miércoles 20 de marzo, 21:00 hrs.**

Coordinador:

**Dr. Félix Téllez Ávila**

**Sigue la transmisión  
en vivo**

 [youtube.com/@ameg-cp](https://youtube.com/@ameg-cp)



## Journal Club desde Birmingham **Novedades en Endoscopia**

**Miércoles 27 de marzo, 21:00 hrs.**

Coordinador:

**Dr. Sergio Sánchez Luna**

**Sigue la transmisión  
en vivo**

 [youtube.com/@ameg-cp](https://youtube.com/@ameg-cp)



# Indicadores de calidad para esofagogastroduodenoscopia

**Dra. Mónica Reyes Bastidas**

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) se emplea para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades esofágicas, gástricas y de intestino delgado. Cuando se lleva a cabo de modo apropiado, es segura y bien tolerada.

Los indicadores de calidad se dividen en tres periodos en el tiempo: antes del procedimiento, durante el procedimiento y después del procedimiento.

## Antes del procedimiento:

Incluye a todo el equipo de endoscopia que se ponga en contacto con el paciente antes de la administración de la sedación o inserción del endoscopio.

Los puntos más comunes o a considerar son: que haya una verdadera indicación para realizarse; tener, leer y solicitar el consentimiento informado; evaluación del riesgo, formulación del plan de sedación, manejo de antibióticos profilácticos y anti-trombóticos.

Los indicadores específicos son los siguientes:

1. Las indicaciones se muestran en la Tabla 1, sin embargo, se han expandido a terapia endoscópica para Esófago de Barrett (EB), evaluación intraoperatoria de reconstrucciones anatómicas típicas de cirugía moderna del aparato digestivo y manejo de eventos adversos. Cuando se requiere realizar un procedimiento por un motivo que no se en-

cuentra en la tabla, este deberá ser justificado.

2. Consentimiento informado donde se especifiquen los riesgos asociados con EGD. Puede obtenerse del paciente o del familiar que esté a cargo de este. Los riesgos particulares en EGD incluyen hemorragia, perforación, infección, eventos adversos cardiopulmonares, eventos adversos en el sitio intravenoso, dolor torácico, dolor de garganta, aspiración y reacción local del anestésico en spray.
3. Antibioticoterapia profiláctica en pacientes cirróticos con hemorragia digestiva alta antes de la EGD. Específicamente se recomienda fluoroquinolonas o en caso de cirrosis avanzada o en resistencia a fluoroquinolonas, se brinda ceftriaxona.
4. Antibioticoterapia profiláctica adecuada antes de la colocación de una sonda de gastrostomía. En estos casos se recomienda Cefazolina intravenosa 30 minutos antes del procedimiento.
5. Inhibidores de bombas de protones (IBP) en sospecha de hemorragia por úlcera péptica.
6. Fármacos vasoconstrictores antes de EGD en sospecha de hemorragia variceal.

## Durante el procedimiento:

Abarcan desde que se administra la sedación o se introduce el endoscopio en el paciente hasta el retiro de este. Incluye los aspectos

tos técnicos del procedimiento como son el examen completo y la terapéutica brindada.

1. Examen completo del esófago, estómago y duodeno que incluya a la retroflexión. Cada EGD debe visualizar todos los órganos de interés desde el esfínter esofágico superior hasta la segunda porción del duodeno.
2. En el caso de haber una úlcera gástrica sin hemorragia, se deberán tomar biopsias para descartar origen maligno o neoplásico. Se recomiendan por lo menos tomar cuatro biopsias para descartarlo.

3. En casos de Esófago de Barrett (EB), este deberá medirse en longitud y localización. Para esto se utiliza la clasificación de Praga que ya está validada y que mide la extensión máxima y circunferencial del EB.
4. Deberán tomarse biopsias de los cuatro cuadrantes cada 1 a 2 centímetros, de acuerdo con la longitud del EB.
5. Debe describirse el tipo y la localización de la hemorragia digestiva superior.
6. Observar y describir estigmas que revele la úlcera péptica como hemorragia activa, vaso visible sin hemorragia, coá-

### EGD generalmente está indicada para evaluar los siguientes:

A. Síntomas abdominales superiores que persisten a pesar de un tratamiento adecuado.

B. Síntomas abdominales superiores asociados con otros síntomas o signos que sugieran enfermedad orgánica de alarma (anorexia y pérdida de peso) o en pacientes de más de 45 años.

C. Disfagia u odinofagia.

D. Reflujo esofágico persistente o recurrente a pesar de un tratamiento adecuado.

E. Vómito persistente de causa desconocida.

F. Otras enfermedades en donde la presencia de patología del tracto digestivo superior (TDS) pudiese modificar un tratamiento planeado.

G. Síndromes de poliposis adenomatosa familiar.

H. Confirmación y diagnóstico histológico específico de lesiones demostradas por radiología como sospecha de neoplasias, úlcera esofágica o gástrica y estenosis del TDS.

I. Hemorragia gastrointestinal

J. Toma de biopsias.

K. Sospecha de hipertensión portal.

L. Ingestión por cáusticos.

M. Tratamiento de lesiones con hemorragia.

N. Ligadura o escleroterapia de varices.

O. Retiro de cuerpos extraños.

P. Polipectomía.

Q. Colocación de sondas de alimentación.

R. Dilatación de estenosis.

S. Manejo de acalasia (escleroterapia con toxina botulínica, dilatación con balón).

T. Tratamiento paliativo de neoplasias estenosantes (láser, electrocoagulación multipolar, colocación de prótesis).

U. Terapia endoscópica en metaplasia intestinal.

V. Evaluación intraoperatoria de reconstrucciones anatómicas.

W. Manejo de eventos adversos.

gulo adherente, lesión plana y base limpia.

7. Especificar la terapia endoscópica que se emplea en casos de úlceras con hemorragia activa o con vaso visible sin hemorragia (indicador de prioridad).
8. Documentar la hemostasia que se obtiene en casos de lesiones hemorrágicas en tracto gastrointestinal superior.
9. Describir la segunda modalidad de tratamiento endoscópico que se emplea (coagulación o clipaje) cuando se utiliza escleroterapia con adrenalina para tratar una úlcera péptica con hemorragia activa o vaso visible sin hemorragia.
10. Documentar ligadura variceal en el caso de várices esofágicas.
11. Tomar por lo menos cuatro biopsias de bulbo duodenal ante la sospecha de enfermedad celiaca.

### Después del procedimiento:

Se extiende desde el momento en el cual se retira el endoscopio de la boca del paciente hasta el seguimiento subsecuente e incluye los siguientes indicadores:

1. Pacientes con estenosis esofágicas pépticas y que se sometieron a dilatación deberán recibir terapia con IBP.
2. Pacientes con úlcera duodenal o gástrica deberán tomar IBP.

3. Documentar si en algún paciente se planea tomar muestra para *Helicobacter pylori*, ya sea para diagnosticar su asociación con una úlcera gástrica o duodenal.
4. Documentar si un paciente requiere de una segunda endoscopia en el caso de hemorragia recurrente por úlcera péptica después de haber recibido terapia endoscópica.
5. Documentar si algún paciente presentó algún evento adverso después de EGD.

Cabe mencionar que existen indicadores de calidad que son considerados prioritarios y se enlistan a continuación:

1. Frecuencia con la que las úlceras con hemorragia activa, a menos que este contraindicado, se tratan endoscópicamente.
2. Frecuencia con la que se planea evaluar la infección por *Helicobacter pylori* en el caso de úlcera gástrica o duodenal.
3. Frecuencia con la que se administra un antibiótico profiláctico adecuado en el caso de cirróticos con hemorragia digestiva alta antes de la EGD.
4. Frecuencia con la que se brinda un IBP en sospecha de úlcera péptica hemorrágica.




**PROGRAMA**

# LÍDER

**PROTESIS EN TUBO DIGESTIVO**

**Curso Teórico en línea**  
25 - 30 marzo 2024  
**Curso Práctico-Presencial**  
05 - abril 2024  
CDMX, México



# PROGRAMA **LÍDER**

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



## Curso Internacional. Capítulo 1

Cápsula endoscópica

**Curso Teórico en línea  
4 – 9 marzo 2024**

**Curso Práctico-Presencial  
15 – 16 marzo 2024**



Con reconocimiento del Consejo  
Mexicano de Gastroenterología,  
A.C., con valor de

**21 puntos**

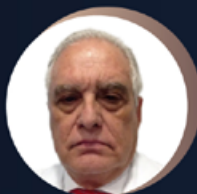
para la recertificación de "Actividades  
de Educación Médica Continua"

**SESIÓN  
MENSUAL**



**11**

**ABRIL / 20:00 hrs.**



*Profesor:*  
**Dr. Fernando Bernal Sahagún**

## **HISTORIA DE LA ENDOSCOPIA EN MÉXICO: UNA PERSPECTIVA**

*Ceremonia de Inauguración*

**MUSEO DE LA ENDOSCOPIA MEXICANA**

**21:00 hrs**

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

# Pólipos serrados sésiles: ¿Polipectomía con asa fría o resección endoscópica de la mucosa?

**Dra. Lucía Vásquez Sánchez**

En el artículo pasado hablábamos sobre los defectos de protrusión de polipectomía con asa fría (CSDP), siendo considerados como indicadores de resección incompleta, ya que contienen *muscularis mucosae*. Uno de los factores asociados a estos defectos son los pólipos serrados sésiles, que tras su resección pueden tener márgenes verticales positivos. Este tipo de lesiones llegan a mostrar displasia en la base de la cripta, la cual puede ser una condicionante de carcinogénesis subsecuente si el margen vertical es positivo.

Existe un estudio de 2018 que reporta que la polipectomía con asa fría tiene un mayor riesgo de márgenes verticales positivos o dudosos (6%) en comparación con la resección endoscópica de la mucosa; sin embargo, en este estudio, el 90% de las lesiones estudiadas eran adenomas y sólo el 4% lesiones serradas.

En comparación con los adenomas, las lesiones serradas sésiles están directamente localizadas por arriba y a lo largo de la *muscularis mucosae*; por lo tanto, se esperaría que el riesgo de márgenes positivos sea aún mayor que lo previamente reportado en la literatura.

Asimismo, se ha reportado una recurrencia del 3.1% en pólipos serrados >10mm; sin embargo, estas lesiones fueron tratadas con resección endoscópica de la mucosa.



Figura 1. Polipectomía con asa fría de pólipo sésil.

Recientemente, un estudio de cohorte japonés publicado en la revista *Gastrointestinal Endoscopy*, busca comparar la incidencia de los márgenes verticales positivos en lesiones serradas (menores a 10mm), ya sea resecadas por polipectomía con asa fría, o bien, por resección endoscópica de la mucosa. En un periodo

de cuatro años se recolectaron 248 lesiones serradas sésiles, de las cuales 95 pacientes fueron tratados con polipectomía con asa fría y 111 con resección endoscópica de la mucosa.

La revisión histopatológica fue realizada por tres patólogos certificados, quienes desconocían los detalles de los pacientes y el tipo de resección. En otro estudio japonés se definió a la resección completa de la *muscularis mucosae* como la presencia de esta, que cubra más del 80% del eje horizontal debajo de la lesión.

La incidencia de márgenes verticales positivos, histológicamente hablando, fue del 67.1% para el grupo de polipectomía con asa fría, mientras que para el grupo de resección endoscópica de la mucosa fue del 2.4%, una diferencia abrumadoramente significativa. En cuanto a los bordes laterales, para el grupo de polipectomía con asa fría, 14.6% fueron positivos y 18.3% dudosos; mientras que, para la resección endoscópica de la mucosa, 13.4% fueron positivos y 1.2% dudosos.

La conclusión de este estudio revela que la polipectomía con asa fría en lesiones serradas sésiles conlleva más frecuentemente a márgenes verticales positivos en comparación con la resección endoscópica de la mucosa.

Las guías occidentales para resección de lesiones serradas sésiles están a favor de la polipectomía con asa fría, mientras que las guías japonesas no promueven su utilidad.

Con lo anterior, hay que reflexionar si valdría la pena o no migrar al uso de resección endoscópica de la mucosa en las lesiones serradas sésiles independientemente de su tamaño.



Figura 2. Pólipo serrado. Cortesía: Dr. Lisandro Pereyra.

## Referencias

1. Hamada K *et al.* *Histopathological vertical margin positivity in cold snare polypectomy and mucosal resection for sessile serrated lesions.* Gastrointestinal Endoscopy. In press. January 22, 2024.
2. Ito A *et al.* *Resection depth and layer of cold snare polypectomy versus endoscopic mucosal resection.* J Gastroenterol. 2018 Nov; 53(11):1171-8.
3. Shichijo S *et al.* *Does cold snare polypectomy completely resect the mucosal layer? A prospective single-center observational trial.* J Gastroenterol Hepatol. 2020 Feb;35(2):241-8.
4. Shimodate Y *et al.* *Factors associated with possibly inappropriate histological evaluation of excised specimens in cold-snare polypectomy for small colorectal polyps.* J Gastrointest liver Dis. 2018 Mar, 27(1):25-30.



# **SIMPOSIO ASGE-AMEG**

**Coordinadores:**

**Prableen Chahal MD, FASGE, Cleveland Clinic, ASGE**  
**Jose Guillermo de la Mora Levy MD, MSc, FASGE, AMEG.**



# **Digestive Disease Week**

**WASHINGTON, DC, USA**

**20 Mayo 2024, 10:00 -11:30am**

**Salón 209ABC,  
Walter E. Washington Convention Center**





ameg  
2023-2024

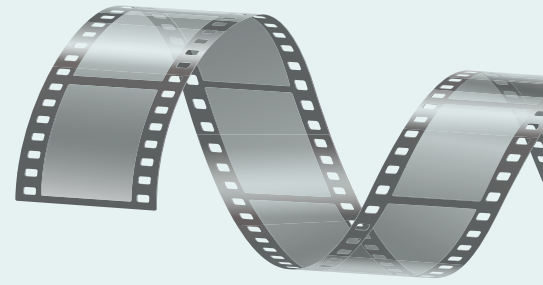
# XXI ECOS

ENDOSCÓPICOS Internacionales

18-19  
JULIO 2024

HOSPITAL ESPAÑOL  
CDMX, MÉXICO





# Mujeres en la ciencia

*¿Es el mismo camino que el de los hombres en la ciencia?*

**Dr. Gerardo A. Morales Fuentes**

Se trata de un documental de Netflix estrenado en 2020 que aborda la lucha de las mujeres en el campo de la ciencia, centrándose en la historia de tres figuras: la geóloga Jane Willenbring, la profesora Nancy Hopkins y la química Raychelle Burks.

La historia de la Dra. Jane narra cuando fue a hacer sus prácticas a la Antártida, su sueño hecho realidad. Su tutor sería un geólogo que, incluso, había nombrado a un glaciar con su nombre, el Dr. Marchant. Sin embargo, se volvió su peor pesadilla al ser tratada de una manera muy diferente que a su compañero pasante hombre, con sobrenombres y actitudes denigrantes, estando solos los tres en la Antártida durante días.

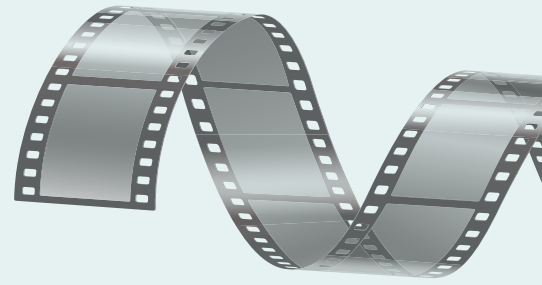
La Dra. Jane decidió dejar pasar el hecho y dedicarse a su carrera, pero todo cambia años después cuando su hija le dice que quiere ser científica como ella y eso es el detonante para que envíe una carta contando lo sucedido en la Antártida. Temiendo que su hija se enfrentara a lo mismo que ella en algún punto de su carrera, esta carta inicia un proceso que termina con la suspensión del Dr. Marchant y posteriormente con su despido e, incluso, renombraron el glaciar.

Por su parte, la Dra. Hopkins es una profesora en el Massachusetts Institute of Technology (MIT) que, de hecho, realizó su pasantía con el Dr. Watson (doble hélice de la cadena de ADN). Su amor a la ciencia la hizo pasar por alto actitudes

machistas de sus compañeros, escalar hasta posiciones de poder y ser una profesora con una fuerte investigación genética acerca del cáncer.

Sin embargo, cuando la Dra. requería un laboratorio más grande para sus investigaciones, notó algo: el tamaño de su espacio era más pequeño comparado con el de sus compañeros hombres, incluso los que tenía puestos inferiores a ella. Lo anterior la lleva a empezar un movimiento en el MIT, al que se sumaron muchas otras compañeras profesoras, que culminó en todo un estudio de investigación que demostró con evidencia la diferencia en el trato hacia las mujeres profesoras. El estudio previo desencadenó cambios en el MIT que fueron adoptados posteriormente a lo largo de varias instituciones educativas americanas.

Finalmente, la Dra. Burks, química afroamericana, se ha dedicado a ser algo que nunca tuvo: un modelo público de una mujer científica, con apariciones en televisión y en la escuela dando conferencias. Ella tiene una de las mejores frases del documental: “Cuídate a ti mismo, cuida a los demás, no puedes hacer todo solo, necesitas suficientes aliados, bien posicionados, para que algo suceda. Se trata de hacer, la rectificación requiere acción”, y eso es lo que está dispuesta a hacer. A lo largo de sus apariciones en el documental se nota el amor hacia su trabajo.



Hubo momentos durante el documental en que me sorprendí con los músculos tensos y lágrimas en los ojos, de impotencia y frustración. A la mitad de la cinta se hace un ejercicio por parte de una científica hacia sus alumnos y se puede hacer por los espectadores también, el resultado es decepcionante, incluso lo confiesa la científica, ella tampoco obtuvo los resultados esperados, todo gracias a la manera en que hemos crecido y lo que hemos visto y/o escuchado que ha influenciado más de lo que sabemos y queremos aceptar. Posterior a este ejercicio creo que podemos ver de manera muy diferente el movimiento actual de “inclusión forzada”.



Lito Coronando la Papila



Lito gigante en colédoco



Várice duodenal

Cortesía: Hospital General de México, Dr. Julio C. Zavala Castillo



**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**



**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**