

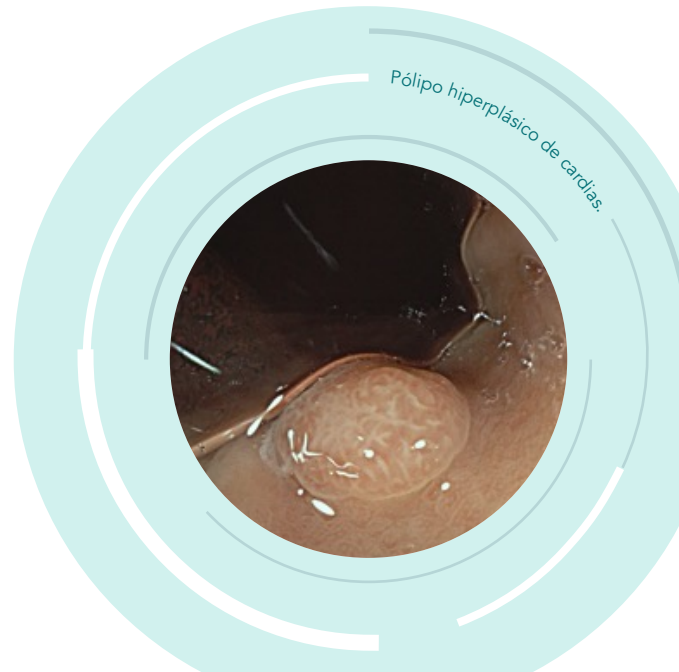
gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

BARIATRÍA

Endoscopia de revisión: remanga endoscópica (*Sleeve-in-Sleeve*)

- Endoscopia de intestino delgado en niños: colaboración de la cápsula endoscópica y la enteroscopia
- Drenaje transpapilar de la vesícula biliar: ¿a quién, cuándo y cómo?
- Pólipos hiperplásicos de la unión esofagogástrica





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. A. Cynthia Castañeda Hernández

Edición y corrección de estilo:

Lic. Alejandro Figueroa López

Colaboradores:

Dr. Dante Bacarreza Nogales

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dra. Jessica Itzhel Mora Guzmán

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

Dr. Daniel Muñoz Fuentes

Dra. Viridiana Oregel Aguilar

Dr. Pedro Luis Pérez Santos

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dr. José Alberto Romero Lozanía

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. Juan Carlos Silis Cravioto

Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz

Dr. Arturo Valle Rivera

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**
- 6 **¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?**
Lesiones cervicales y escapulares en endoscopia
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín
- 11 **BARIATRÍA**
Endoscopia de revisión: remanga endoscópica (Sleeve-in-Sleeve)
Dr. Andrés Rodríguez Parra
- 15 **ENTEROSCOPIA**
Endoscopia de intestino delgado en niños: colaboración de la cápsula endoscópica y la enteroscopia
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dr. Bismarck Castillo Lugo
- 18 **ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO**
Elastografía guiada por ultrasonido endoscópico: utilidad en la caracterización de masas pancreáticas
Dr. Pedro Luis Pérez Santos / Dr. José Alberto Romero Lozanía / Dra. Viridiana Oregel Aguilar / Dr. Juan Carlos Silis Cravioto / Dr. Daniel Muñoz Fuentes / Dr. Julio César Zavala Castillo / Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz
- 21 **EN VÍA BILIAR**
Drenaje transpapilar de la vesícula biliar: ¿a quién, cuándo y cómo?
Dr. Jony Cerna Cardona / Dr. José Miguel Espinosa González
- 23 **CALIDAD EN ENDOSCOPIA**
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
Dra. Mónica Reyes Bastidas
- 27 **PÓLIPOS**
Pólipos hiperplásicos de la unión esofagogastrica
Dra. Lucía Vásquez Sánchez
- 30 **MEDI-CINE**
El gran cirujano del engaño
Dr. Gerardo A. Morales Fuentes
- 31 **TRIBUNA LIBRE**
POEM, la estrategia terapéutica que llegó para quedarse. Repaso y reporte de casos en un hospital de Puebla
Dr. José Miguel Espinosa González / Dr. Arturo Valle Rivera / Dra. Jessica Itzhel Mora Guzmán

Estimados socios:

Ya hemos pasado la mitad del camino y se acercan nuestros eventos académicos más importantes. Se han completado con gran éxito los cursos de Cápsula, Prótesis de Tubo Digestivo, Vía Biliar y Neurogastroenterología, mientras que la participación presencial en hospitales de los inscritos en nuestro Curso de Asistentes en Endoscopia ha iniciado.

Empezamos este mes con la sesión mensual que será impartida por el Dr. Gontrand López Nava, reconocido internacionalmente como un experto en endoscopia bariátrica, quien nos dará un panorama de esta área que será cada vez más común y difundida, no sólo en todo el mundo sino en nuestro país y con una variedad de dispositivos. En poco tiempo será más fácil realizar estos procedimientos que dejar de comer vitamina T. A través de compañeros que acudieron a ESGE Days en Berlín con sus recursos, tendremos las noticias de los adelantos más recientes que comunicaremos por nuestras redes sociales.

Un selecto grupo de expertos asistirá a la DDW en Washington D.C. para averiguar la información más reciente de las áreas más relevantes de nuestra querida especialidad, para luego compartirlas en ECOS Internacionales que tendrá un formato ligeramente diferente. Esperamos que resulte aún más útil.

Nuestros cursos del Programa Líder con otros temas novedosos (urgencias en endoscopia, colonoscopia y tercer espacio) continuarán su éxito y, quienes no hayan podido inscribirse a los pasados, recuerden que todos se repetirán a lo largo del año una vez concluya el primer ciclo de once temas.

De manera MUY RELEVANTE, les comento que hemos realizado la Inspección en persona de la sede de la Reunión Nacional y pudimos darnos cuenta de que, efectivamente, tanto el Centro de Eventos como el Hotel Mundo Imperial están al 100% de funcionamiento y totalmente restaurados. Si bien las huellas del Huracán Otis son visibles en la vegetación y edificaciones aisladas, el panorama es mejor de como algunos medios nos lo pintan. Nos reunimos con las autoridades estatales y municipales, quienes nos ofrecieron todo tipo de apoyo, en especial turístico, cultural y de seguridad para los asistentes -esto último no sólo en la ciudad, sino en carretera. Confirmamos estos aspectos con amigos de otras asociaciones, como la de cardiología y oftalmología, y algunos que pudieron acudir al Abierto de Tenis o al Congreso Bancario y al Tianguis Turístico. SEGUIMOS CON ACAPULCO.

Finalmente, ya se encuentra listo nuestro evento EndoTAPATÍA para el próximo mes. Su participación con fotos, videos y artículos académicos sigue siendo necesaria..

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®



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

Revisar IPP:



ALTIA®

Senosiain®

Tips de endoscopia en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Este mes salió en *Gastrointestinal Endoscopy* un artículo del Dr. Jirapinyo en el que describe algunos puntos importantes a considerar en pacientes poscirugía bariátrica

- Es prioridad conocer la anatomía actual del paciente obteniendo detalles acerca de la cirugía, debido a los distintos procedimientos existentes y aquellos que ya no son tan populares y que pudieron ser realizados años atrás.
- Las fugas pueden ocurrir en un escenario agudo o crónico. En caso de ser agudo se debe considerar el uso de una prótesis o el clipaje. En el caso de fugas crónicas, la terapia de presión negativa es una buena opción.
- El ERGE de primera vez puede alcanzar hasta el 40%-60% posterior a la gastroplastía en manga y es necesario buscar esofagitis y esófago de Barrett, del cual se ha visto un incremento hasta del 17%.

¿Quieres saber más?

- Jirapinyo P. *Top tips on endoscopy in post-bariatric surgery patients*. GIE, Vol 99, issue 5, May 2024.
- No te pierdas la Sesión Mensual de la AMEG este mes 9 de mayo a las 20:00 hrs: “Endoscopia bariátrica. ¿Lista para su uso rutinario?”
- Tampoco te pierdas la Digestive Disease Week en Washington, DC, del 19 al 21 de mayo de 2024.



Síguenos: @endosco_pig



Lesiones cervicales y escapulares en endoscopia

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Para esta entrega les presento al Dr. Jorge Rodrigo Vásquez Ríos, especialista en medicina de rehabilitación con alta especialidad en rehabilitación pediátrica, quien hablará sobre este importante tema, condición que seguramente a muchos nos ha pasado al final de nuestras jornadas.

Si bien desde la antigua Grecia, gracias a un vasto número de escritos de Hipócrates (460 AC) reconocemos la existencia de la terapéutica aplicada a partir de ejercicios corporales, masajes y baños de mar, la medicina de rehabilitación como especialidad médica fue reconocida como tal a nivel mundial, de manera oficial, hasta el año 1968 por la Organización Mundial de la Salud (González, 2016).

Hoy en día, el enfoque de rehabilitación ha cambiado y, con el uso de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud), el carácter de la atención se ha modificado. Si bien el pilar del diagnóstico se basa en los signos y síntomas que presenta un paciente, el tratamiento y las acciones dirigidas a aminorar las limitaciones físicas, cognitivas y sensoriales toman en cuenta un factor de suma importancia: el contexto.

De esta forma, el contexto es, en muchos casos, un factor determinante para la toma de decisiones en esta especialidad médica, pues no es lo mismo el oficinista que pasa más de ocho horas sentado frente a una computadora, que el músico que realiza interminables horas de práctica para dominar un instrumento o el médico cirujano endoscopista que continuamente

tiene que mantener una posición determinada de sus extremidades superiores, sin perder de vista el monitor a través del cual se encuentra realizando un procedimiento y que requiere de gran precisión, concentración y mínimo movimiento, a pesar de que esto rompa con las recomendaciones que del estudio de la ergonomía emanan (Baudet et al., 2011).

En ese sentido, la biomecánica es una disciplina que estudia y analiza el movimiento del cuerpo humano con la finalidad de mejorar las técnicas a partir del conocimiento científico del movimiento, los elementos anatómicos que tienen lugar en la actividad física, sus relaciones y, por supuesto, permitir mejorar en el desempeño que permita prevenir lesiones, en especial, aquellas originadas por movimientos repetitivos y posturas anómalas (Soares Leite, 2012).

Hoy en día, los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral ascienden hasta un tercio del total de enfermedades relacionadas con el trabajo. La mayoría de estos se deben a la realización de movimientos rápidos de manera repetida, aún si no suponen un gran esfuerzo físico, la realización de esfuerzos con un determinado grupo muscular o, específicamente al grupo que compete a este texto, al mantenimiento de una postura que suponga una contracción muscular continua de una parte del cuerpo y a consecuencia de la manipulación de objetos o dispositivos que involucren una sobrecarga en estructuras del sistema osteomuscular al nivel de los hombros, la nuca o las extremida-

des superiores (Kapandji, 2007a; Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO de Asturias & Departamento de Salud Laboral de CCOO de Asturias, 2020).

De gran importancia también para el cirujano endoscopista son los factores psicosociales relacionados con la organización de la actividad como la falta de control sobre la propia tarea o los elementos tecnológicos y dispositivos requeridos para desempeñar su tarea. Sin embargo, la evidente correlación entre los diferentes tipos de factores, fisiológicos, mecánicos y psicosociales, es más que suficiente para encontrarnos en la necesidad de diseñar estrategias de prevención.

Si bien la biomecánica del raquis cervical junto con los elementos que componen la cintura escapular es sumamente compleja y superan la finalidad de este escrito, es importante conceptualizar que el equilibrio entre fuerza, resistencia, capacidad articular y elasticidad muscular es la base para mantener una movilidad que permita una amplitud articular adecuada, así como la conservación de la capacidad funcional tanto de la columna cervical y del complejo sistema óseo, articular, muscular, ligamentoso, nervioso y, por supuesto, discal que trabajan al unísono en el mantenimiento y estabilización de la postura tanto estática como dinámica (Oliveira et al., 2007).

De esta forma, un desequilibrio postural dará como resultado una sobrecarga en estructuras que, sometidas a un estrés, resultan en alteraciones que afectan la capacidad funcional y biomecánica de dicho complejo (Kapandji, 2007b).

Por ejemplo, una entidad frecuentemente estudiada por las alteraciones posturales y desequilibrios



Imagen 1. Uso libre.

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.**



musculares que origina es el Síndrome Cruzado Superior, que se caracteriza por patrón postural con hiperextensión de la cabeza en donde el sistema muscular presenta alteraciones importantes caracterizados por contractura de músculos suboccipitales, cervicales posteriores, trapecio superior y esplenio, lo que resulta en una hiperextensión cervical para permitir que los ojos miren hacia adelante y arriba, postura observada en cirujanos al realizar endoscopia y laparoscopia por la posición de los monitores.

Como respuesta, existe una elongación de los músculos superiores de la cintura escapular con una consecuente tensión y contractura refleja a nivel de pectoral mayor y menor. Esto clínicamente se traduce en cefalea crónica, cervicalgia relacionada con contracturas de los músculos mencionados y, en casos crónicos sin manejo fisioterapéutico, incluso puede condicionar limitación en la respiración resultando hasta en una pérdida del 30% de la capacidad pulmonar debido al bloqueo de los músculos hioideos, responsables de la elevación de la primera costilla durante la inhalación (Pinzón Ríos, 2015).

Si bien la fisiopatología de las alteraciones de la postura resulta un tema complejo y, por demás, extenso. El manejo inicial podría parecer reduccionista, sin embargo, implica un equipo multidisciplinario que pueda brindar al paciente las bases de un programa fisioterapéutico efectivo dirigido a disminuir con-

tracturas y lograr una reeducación postural, bases principales del tratamiento cuyos objetivos finales son corregir la postura y lograr una reeducación neuromuscular lo más efectiva posible (Serratrice, 2011).

En ese sentido, podemos aseverar que la mayoría de los problemas del sistema musculoesquelético se relacionan con acortamientos musculares, resultado de contracturas estáticas y dinámicas persistentes, así como desbalance muscular caracterizado por debilidad de músculos antagonistas (Serratrice, 2011).

Así, un manejo terapéutico deberá incluir no sólo ejercicios de estiramiento muscular, sino también fortalecimiento de músculos debilitados debido a la cronicidad del proceso y, finalmente, ejercicios posturales para lograr la reeducación neuromuscular que permita mejorar la postura tanto estática como dinámica (Oliveira et al., 2007; Villalobos Vargas & Madrigal Ramírez, 2019).

A continuación, se propone un programa sencillo de ejercicios de estiramiento que puede llevarse a cabo en el domicilio. Es importante tener en cuenta que las alteraciones de la postura y la presencia de contracturas describe una alteración crónica, por lo tanto, la reeducación neuromuscular es una cuestión que lleva tiempo y, como en todo tratamiento, la adherencia y apego a éste significa el éxito a partir de cambios sutiles, pero mantenidos a lo largo del tiempo.

SESIÓN MENSUAL

09
MAYO / 20:00 hrs.


Profesor Emérito
Dr. Gonzalo López-Nava
HOSPITAL UNIVERSITARIO
HMSANCRINARIO MADRID, ESPAÑA.

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA:
¿LISTA PARA SU USO RUTINARIO?

Coordinadores Nacionales:
Dr. César David Quiroz Guadarrama
Dr. Eduardo Torices Escalante

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

De manera general un programa de reeducación neuromuscular y de la postura deberá incluir los siguientes componentes:

1. Termoterapia con uso de compresa caliente por 15 a 20 minutos en la región a tratar, en este caso la región cervical y cintura escapular.
2. Ejercicios de estiramiento propuestos en la Imagen 1. Es importante que cada estiramiento se realice al menos cinco veces cada uno y tenga una duración mínima de 15 segundos cada repetición.
3. Es sumamente importante buscar un adecuado control del movimiento por lo que en etapas iniciales es de gran valor la dirección por parte de un profesional del área de fisioterapia.

En conclusión, la práctica diaria del médico cirujano endoscopista puede favorecer, de manera importante, alteraciones en la postura y en la biomecánica no sólo del segmento cervical, sino de la cintura escapular en su totalidad. Por ende, es importante tomar en cuenta que, para asegurar un adecuado desempeño y prevenir lesiones del sistema musculoesquelético y ligamentario, llevar a cabo acciones sencillas pero efectivas es de vital importancia en su práctica médica como parte no solo de su salud postural, incluso debería considerarse como parte del entrenamiento clínico del endoscopista.

Referencias

1. Baudet, J., Martín, J., Sánchez del Río, A., & Aguirre-Jaime, A. (2011). *Prevención de riesgos laborales en unidades de endoscopia. Una asignatura pendiente*. Rev Esp Enferm Dig, 103(2), 83–88.
2. González, G. (2016). *Presente y Futuro de la rehabilitación en México*. Cir y Cir, 84(2), 93–95.
3. Kapandji, A. (2007a). *Fisiología articular (6a Edición, Vol. 1)*. Editorial Médica Panamericana.
4. Kapandji, A. (2007b). *Fisiología Articular (6a Edición, Vol. 3)*. Editorial Médica Panamericana.
5. Oliveira, C., Navarro García, R., Ruíz Caballero, J., & Brito Ojeda, E. (2007). *Biomecánica de la columna vertebral*. Canarias Médica y Quirúrgica, 4(12), 35–43.
6. Pinzón Ríos, I. (2015). *Revisión del tema Cabeza hacia adelante: una mirada desde la biomecánica y sus implicaciones sobre el movimiento corporal humano*. Rev Univ Santander Salud, 47(1), 75–83.
7. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO de Asturias, & Departamento de Salud Laboral de CCOO de Asturias. (2020). Lesiones musculoesqueléticas de origen-laboral.
8. Serratrice, G. (2011). *Contracturas musculares*. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física, 32(2), 1–11. [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(11\)71051-9](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(11)71051-9)
9. Soares Leite, W. S. (2012). *Biomecánica aplicada al deporte: contribuciones, perspectivas y desafíos*. Ed Fis Dep, 170.
10. Villalobos Vargas, K., & Madrigal Ramírez, E. (2019). *Biomecánica de las lesiones en hombro: Revisión bibliográfica crítica desde la perspectiva médico legal laboral*. Rev Med Leg CR, 36(2), 56–67.

Journal Club de

Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 1 de mayo, 21:00 hrs.

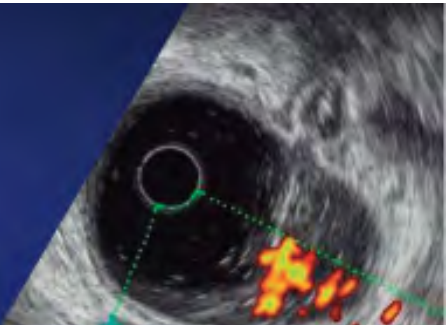
Coordinador:

Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión en vivo

 youtube.com/@ameg-cp

 ameg



Endoscopia de revisión: remanga endoscópica (Sleeve-in-Sleeve)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Hospital Santa Inés – Cuenca, Ecuador

La obesidad, “la gran pandemia”, sigue siendo un problema de salud pública a pesar de los procedimientos bariátricos. Es bien conocido que estas intervenciones quirúrgicas proporcionan una pérdida de peso satisfactoria a largo plazo, reducen el riesgo cardiovascular y mejoran las comorbilidades asociadas.

La gastrectomía vertical laparoscópica en manga se ha convertido en un tratamiento quirúrgico terapéutico bien estandarizado y útil en diferentes grados de obesidad. Sin embargo, la tasa de reganancia de peso después del procedimiento a largo plazo (>5 años) es relativamente alta (19.2%–75.6% de los pacientes).

Cuando hablamos de reganancia de peso después de un procedimiento bariátrico mencionamos: el aumento en el peso corporal de más de 10 kg desde el peso más bajo (nadir),

un aumento en el índice de masa corporal (IMC) >5 kg/m² desde el IMC nadir, cualquier recuperación de peso después de la remisión de la diabetes mellitus tipo 2 o recuperación de peso hasta un IMC >35 kg/m² después de una pérdida de peso exitosa.

La reganancia de peso está asociada con la recurrencia de comorbilidades relacionadas con la obesidad, incluyendo diabetes mellitus tipo 2 y es probable que tenga un impacto significativo en el factor económico.

Debido a la alta tasa de reganancia de peso después de la gastrectomía en manga, el número de cirugías de conversión o de revisión está aumentando. Algunas de las opciones quirúrgicas para el tratamiento incluyen: *re do* de gastrectomía en manga,

ameg
2023-2024

CURSO PROGRAMA LÍDER
LIEG MOTILIDAD Y NEUROGASTROENTEROLOGÍA, CURSO INTERNACIONAL

Curso Teórico en línea
27 de abril al 02 de mayo de 2024

Curso Práctico presencial
03 al 04 de mayo de 2024

PROFESORA TITULAR:
Dra. Yolanda Zamorano Orozco

PROFESOR ASISTENTE:
Dr. José Luis Rodríguez Chávez

PROFESORES INTERNACIONALES:
Dra. Elizabeth Barba
Hospital Clínic Barcelona, España
Dr. Sami R. Achem
Mayo Clinic, Jacksonville Florida, USA

Con el apoyo de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y Hepatología (AMGH)

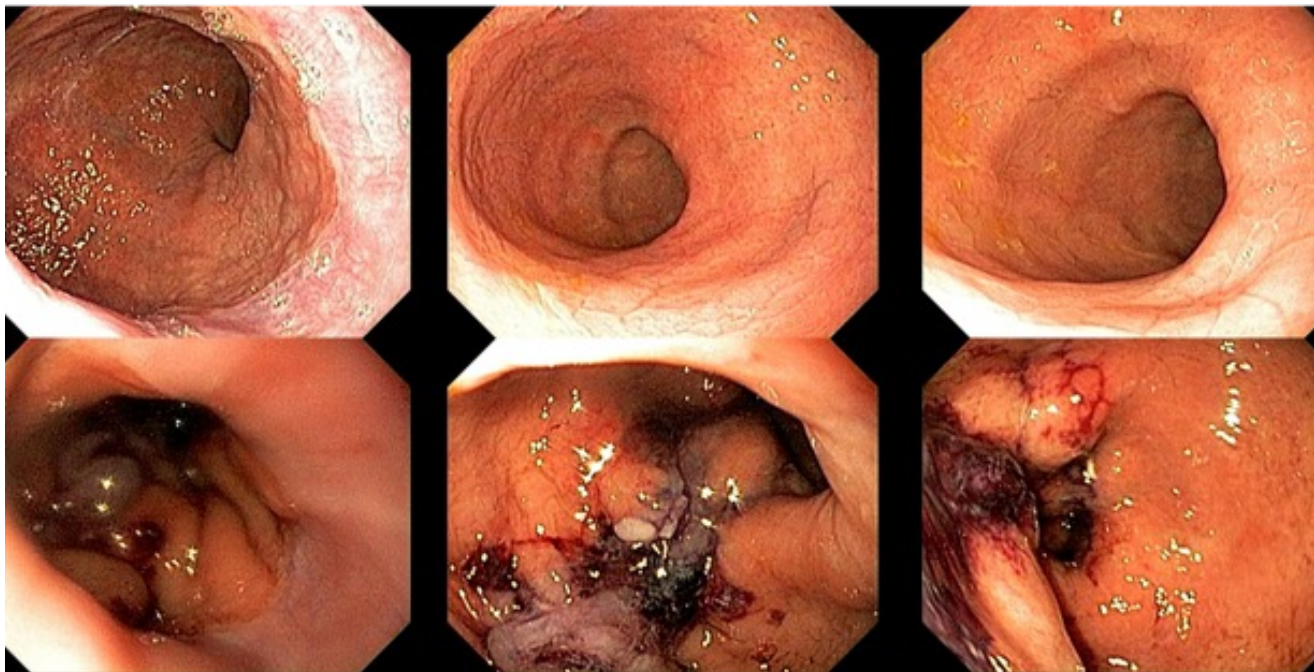


Imagen 1. Endoscopia revisional con disfunción de manga gástrica previa (arriba). Resultado inmediato posterior a gastroplicatura endoscópica (abajo). Fuente: imagen de archivo personal.

conversión a *bypass* gástrico en Y de Roux (RYGB), conversión a *bypass* gástrico de anastomosis única (mini gastric bypass), *bypass* duodeno-ileal (SADI) y *switch* duodenal.

A pesar de que este tipo de intervenciones mejoran la pérdida de peso, se asocian a un mayor índice de complicaciones (14.3%). Por lo tanto, algunos pacientes optan por no someterse a una segunda intervención quirúrgica de revisión. Como resultado, existe un impulso para desarrollar métodos menos invasivos rentables para tratar la reganancia de peso.

Las terapias endoscópicas son atractivas, eficaces y, en conjunto con la modificación del estilo de vida y/o terapias farma-

cológicas, se asocian con menores tasas de eventos adversos en comparación con la cirugía bariátrica de revisión.

En ediciones anteriores de GEMA hablamos acerca de la gastroplicatura endoscópica en manga (Endoscopic Sleeve Gastroplasty: ESG), una técnica mínimamente invasiva y sin incisiones que implica remodelar el estómago mediante la colocación de suturas de espesor total, en un esfuerzo por reducir la capacidad gástrica y retrasar el vaciado gástrico.

La gastroplicatura generalmente se realiza como terapia bariátrica endoscópica primaria y ha demostrado ser técnicamente viable, segura y eficaz en una variedad de entornos clínicos.

Recientemente, una serie de cinco pacientes demostró que la ESG también se puede realizar como procedimiento de revisión en pacientes con recuperación de peso después gastrectomía en manga con resultados favorables. Sin embargo, existen pocas series publicadas al respecto.

Algunos aspectos técnicos para considerar se mencionan en la publicación en *Hourneaux* de Moura Diogo Turiani y colaboradores:

- Todos los procedimientos se realizan bajo anestesia general en la unidad de endoscopia.
- Se utilizó insuflación con dióxido de carbono.
- Los pacientes fueron colocados en posición lateral izquierda.
- Se usaron antibióticos profilácticos durante el procedimiento.
- Se realizó una esofagogastroduodenoscopia diagnóstica para confirmar que la anatomía era apropiada para el procedimiento.
- Se colocó un sobretubo esofágico para permitir el avance del dispositivo de sutura y para evitar fugas de aire durante el procedimiento.
- El dispositivo de sutura endoscópica, que fue montado en un gastroscopio de doble canal, se avanzó hasta la luz gástrica.
- Usando el dispositivo de sutura, polipropileno 2/0, se colocaron suturas continuas, comenzando desde el nivel de la incisura angularis hasta 1-2 cm por debajo de la unión gastroesofágica.
- No se especificó ningún patrón de sutura; sin embargo, en general cada sutura se inició en la pared anterior de la manga, con las mordidas posteriores que progresan a lo largo de la “curvatura mayor/línea de grapeo” y a la pared posterior más proximal. Un dispositivo en hélice se utilizó para ayudar con el agarre del tejido para garantizar el espesor total de las picaduras. Al finalizar cada sutura, se soltó la aguja y se ancló el extremo anterior de la sutura utilizando el dispositivo de cincha, la sutura se tensó para acercar el tejido juntos y se cortó y ancló el extremo posterior de la sutura.
- Se realizaron aproximadamente de 6 a 10 mordidas por sutura. Luego se continuó la sutura de forma retrógrada, con la sutura posterior ubicada aproximadamente 1 cm proximal a la primera sutura. En algunos casos, una sutura interrumpida de refuerzo.
- Se realizó en el lado medial de las suturas continuas.
- Típicamente se utilizaron de 3 a 5 suturas por paciente.

Journal Club desde Birmingham

Novedades en Endoscopia

Miércoles 8 de mayo, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

Sigue la transmisión
en vivo

 youtube.com/@ameg-cp

 **ameg**
2023-2024



Se ha reportado el éxito técnico en el 100% de los pacientes. Se considera en este estudio un éxito clínico cuando existe una pérdida de $\geq 10\%$ del peso total perdido (TWL) o $\geq 25\%$ del exceso del peso perdido.

Los resultados demostrados son similares a los de la serie más grande de gastroplicatura endoscópica primaria en pérdida de peso total y en exceso de peso. Sin embargo, cuando se analizan los datos de seguimiento de un año, la remanga endoscópica mostró una ligera mejora en la pérdida de peso en comparación con la primaria quizá relacionada en parte con el calibre relativamente estrecho del estómago antes de los procedimientos de revisión.

En resumen, dado el aumento del número de gastrectomías en manga que se realiza en todo el mundo, existe una demanda cada vez mayor de una opción de tratamiento endoscópico mínimamente invasivo para reganancia de peso.

Considerando la naturaleza ambulatoria y mínimamente invasiva de ESG, la reproducibilidad entre los centros, la baja prevalencia de efectos adversos y los favorables resultados clínicos favorables, el realizar una endoscopia de revisión después de la gastrectomía en manga es seguro y eficaz, y puede ofrecer una solución para el tratamiento de esta desafiante población de pacientes.

Referencias

1. Eid G. *Sleeve gastrectomy revision by endoluminal sleeve placation gastroplasty: a small pilot case series.* Surg Endosc 2017; 31: 4252-4255.
2. ASGE/ASMBS Task Force on Endoscopic Bariatric Therapy. *A pathway to endoscopic bariatric therapies.* Surg Obes Relat Dis 2011; 7: 672-682.
3. Fayad L, Adam A, Schweitzer M. *et al. Endoscopic sleeve gastroplasty versus laparoscopic sleeve gastrectomy: a case-matched study.* Gastrointest Endosc 2019; 89: 782-788.
4. De Moura DTH, Sachdev AH, Thompson CC. *Endoscopic full-thickness defects and closure techniques.* Curr Treat Options Gastroenterol 2018; 16: 386-405.
5. De Moura DTH *et al, Endoscopic sleeve gastroplasty in the management of weight regain after sleeve gastrectomy.* Endoscopy 2020; 52: 202-210.
6. Bulajic M, Vadalà di Prampero SF, Boškoski I, Costamagna G. *Endoscopic therapy of weight regain after bariatric surgery.* World J Gastrointest Surg. 2021 Dec 27;13(12):1584-1596. doi: 10.4240/wjgs.v13.i12.1584. PMID: 35070065; PMCID: PMC8727177.

Journal Club de

Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 15 de mayo, 21:00 hrs.

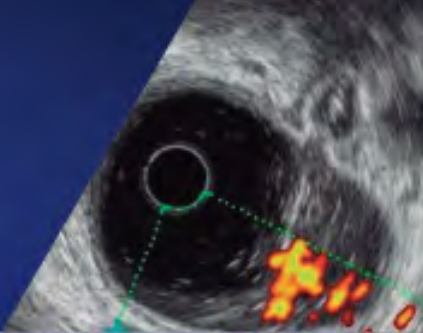
Coordinador:

Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión en vivo

 youtube.com/@ameg-cp

 ameg



Endoscopia de intestino delgado en niños: colaboración de la cápsula endoscópica y la enteroscopia

Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Josefina Monserrat Cázares Méndez

Star Medica Hospital Infantil Privado, Ciudad de México

Dante Bacarreza Nogales

Alta Especialidad Pediátrica, Tijuana, Baja California

Con el advenimiento en el año 2000 de la cápsula endoscópica (CE) y la enteroscopia asistida por dispositivos (EAD) en el abordaje de la patología del intestino delgado (ID) en pacientes adultos, aproximadamente en 2010 inicia su uso en pacientes pediátricos, con algunas limitaciones en cuanto a edad y peso.

Cápsula endoscópica

La CE se ha realizado en niños de hasta ocho meses de edad y 7.9 kg de peso; sin embargo, el procedimiento está recomendado en niños de un año de edad y un peso de 10 kg en adelante. En los niños que no pueden deglutir la CE se puede introducir por medio de endoscopia. La literatura dice que es posible deglutir la CE en un 88.4% de niños de cuatro años o más de edad. Aunque la CE es menos invasiva que la EAD, hay riesgo de retención, principalmente asociada a estenosis en el ID.

Enteroscopia asistida por dispositivos

En cuanto a la EAD, la edad y peso en los que ha sido posible



Imagen 1. Enteroscopio EN-580XP.

realizar al enteroscopia de doble balón (EDB) anterógrada son de un año y 8 kg, respectivamente; y de la EDB retrógrada son 1.6 años y 10.8 kg, respectivamente. En general se considera que es seguro realizar enteroscopia en niños mayores de tres años de edad y 14 kg de peso.

De manera general, existen dos tipos de enteroscopios: monobalón (EMB) y doble balón (EDB). El enteroscopio EN-580XP de Fujinon (Imagen 1) puede ser utilizado en niños hasta de un año y 10 kg de peso, ya que el diámetro externo es menor con respecto al resto. El uso de los enteroscopios en espiral en niños aún no ha sido reportado.

Sabemos que la EAD nos permite tomar biopsias, realizar dilataciones, extracciones de cuerpos extraños, hemostasia y polipectomía.

El procedimiento terapéutico más frecuentemente reportado en pediatría es polipectomía en síndromes polipósicos, especialmente síndrome de Peutz-Jeghers.

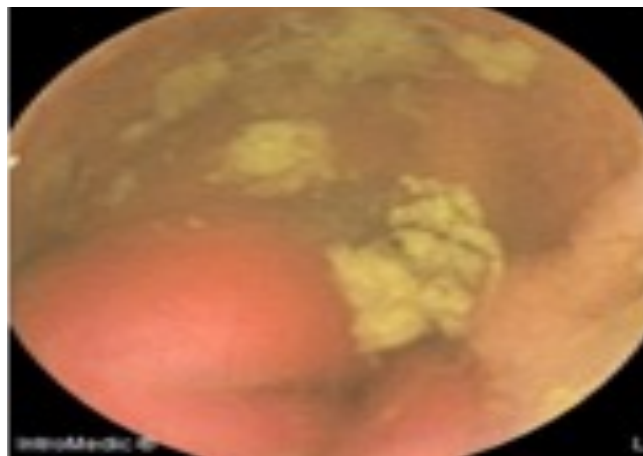


Imagen 2. Pólipo de íleon terminal en niño de nueve años.

Indicaciones

En niños, las indicaciones para CE y EAD son similares. Un metaanálisis de 740 CE en 723 pacientes pediátricos encontró que la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) fue la principal indicación para la mayoría (63%), seguida de sangrado con o sin anemia (15%), dolor abdominal (10%), pólipos/tumores (8%) (Imagen 2) y otras enfermedades (4%). Específicamente en niños menores de ocho años, el sangrado digestivo, con o sin anemia, fue la principal indicación en un 36%.

En cuanto a EMB y EDB, en 1,095 procedimientos reportados, la principal indicación fue sangrado digestivo en 23.7%, dolor abdominal en 19.7%, EII (Enfermedad de Crohn o EC) en 19.1%, poliposis (síndrome de Peutz-Jeghers) en 14.5%, colangiografía retrógrada en 12% y diarrea en 5.8%.

Las indicaciones varían de acuerdo con la edad debido a que, como muchas otras patologías en pediatría, las sospe-

Journal Club desde Birmingham

Novedades en Endoscopia

Miércoles 22 de mayo, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

Sigue la transmisión en vivo  youtube.com/@ameg-cp



ameg
2023-2024



chas diagnósticas son diferentes en diferentes grupos etarios. A menor edad, las indicaciones de revisión de ID son principalmente por sangrado digestivo, mientras que a mayor edad el dolor abdominal, la EII y las poliposis tienen un mayor porcentaje.

Complicaciones

Las complicaciones son similares en niños y adultos. Los índices de retención de la CE en adultos y niños con EC son de 3.49 y 1.64%, respectivamente; se cree que esto se debe principalmente a la corta duración de la EC en niños.

En cuanto a la EAD, en 257 casos, el índice general de complicaciones fue de 5.4% y 10.4% en pacientes menores a diez años de edad. En otro reporte, el dolor abdominal y la sensación de plenitud se reportó en 28% de los casos. Las complicaciones más serias incluyen sangrado pospolipectomía, perforación, abscesos intraabdominales y pancreatitis.

Con esto se concluye que el uso, tanto de la CE como de la EAD, son seguros y eficaces en pacientes pediátricos, seleccionándose bien los casos, la edad y el peso de cada paciente.

Sería importante contar con equipos más pequeños que se adapten a las necesidades de los niños, ya que contamos con patologías propias de lactantes en los que no es posible realizar este tipo de estudios.

Sabemos que este tipo de estudios endoscópicos son poco frecuentes en niños, pero hemos visto que, cuando contamos con más herramientas para poder realizarlos, más diagnósticos somos capaces de hacer a edades cada vez más tempranas.

Referencias

1. IWAMA, Itaru; NAMBU, Ryusuke; NAKAYAMA, Yoshiko. *Small bowel endoscopy for children: Collaboration of capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy*. Digestive Endoscopy, 2023, vol. 35, no 5, p. 562-573.



PROGRAMA

LÍDER

COLONOSCOPIA

Curso Internacional

Curso Teórico en línea
27 de mayo al 03 de junio de 2024

Curso Práctico presencial
que se llevará a cabo del 07 y 08 de junio de 2024



Con valor de **20 puntos**, para la recertificación de "Actividades de Educación Médica Continua"



Elastografía guiada por ultrasonido endoscópico: utilidad en la caracterización de masas pancreáticas

Dr. Pedro Luis Pérez Santos, Dr. José Alberto Romero Lozanía, Dra. Viridiana Oregel Aguilar, Dr. Juan Carlos Silis Cravioto, Dr. Daniel Muñoz Fuentes, Dr. Julio César Zavala Castillo y Dra. Miriam Idalia Torres Ruiz

El ultrasonido endoscópico (USE) es una técnica de imagen de alta resolución que desempeña un papel primordial en la evaluación de masas pancreáticas. Aunque la biopsia por ultrasonido endoscópico sigue siendo el estándar de oro, nuevas tecnologías como la elastografía y el contraste permiten una mejor caracterización de estas masas y la capacidad de predecir la presencia o ausencia de patología maligna.

Existen dos formas de elastografía para su aplicación en la realización de USE: la elastografía de deformación (Strain Elastography) y la elastografía por ondas de corte (Shear Wave Elastography o SWE).

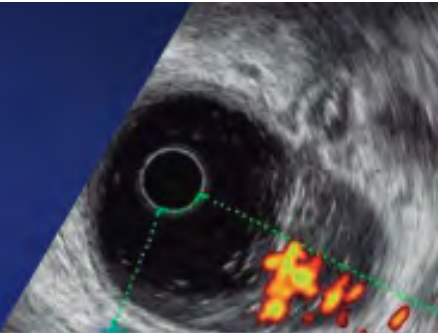
En la elastografía de deformación, el estrés se aplica al tejido, ya sea externamente (mediante el impacto del globo del USE en el caso de un examen transluminal) o internamente (a través de pulsaciones vasculares y movimiento respiratorio). Por otro lado, en la elastografía por ondas de corte se transmite un impulso de radiación acústica generado por el transductor a la región de interés, lo que resulta en la formación de ondas de corte

Journal Club de

Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 29 de mayo, 21:00 hrs.
Coordinador:
Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión en vivo  youtube.com/@ameg-cp



que se propagan perpendicularmente a la dirección del impulso de radiación acústica.

La elastografía en tiempo real guiada por USE se puede clasificar en diferentes tipos: cualitativa, semicuantitativa y cuantitativa. En la cualitativa, las estructuras en imagen en modo B se cuantifican según su deformación inducida por la compresión, donde el grado de deformación sirve como medida de la rigidez del tejido. Esta técnica superpone sobre la imagen modo B un mapa de colores (rojo-verde-azul) para representar la elasticidad en una escala que va de 1 a 255. En este mapa, el tejido duro se representa con azul oscuro, el medio duro con azul cian celeste, el intermedio con verde, el medio blando con amarillo y el blando con rojo.

Dentro de la semicuantitativa se encuentran el *strain ratio* y el *strain histogram*. El primero analiza la imagen elastográfica de la lesión objetivo en relación con los tejidos circundantes, mientras que la segunda muestra una representación gráfica de la distribución del color en un campo de imagen seleccionado.

Estos datos se basan en la evaluación cualitativa de una re-

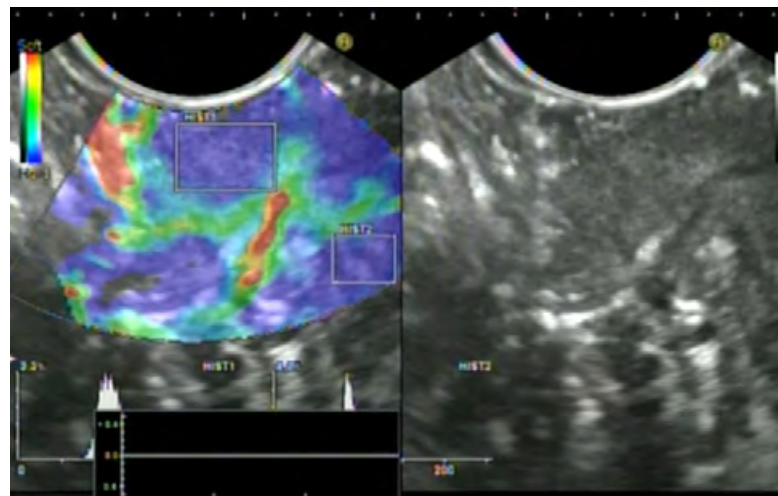
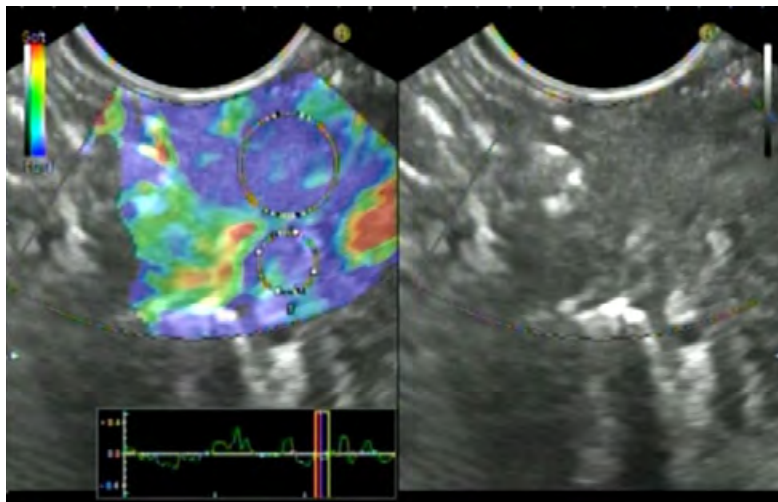
gión de interés (ROI) seleccionada manualmente dentro de la imagen de elastografía estándar. En la interpretación de la evaluación elastográfica semicuantitativa, se identifica el tejido duro con un *strain ratio* >10 , el intermedio duro con un *strain ratio* <10 ; mientras que en el *strain histogram* el tejido intermedio blando es aquel >150 , el tejido intermedio 50-150 y el tejido duro se caracteriza por valores <50 .

La elastografía cuantitativa mediante ondas de corte funciona midiendo la velocidad de las ondas de corte generadas por la fuerza de la radiación acústica dentro del tejido. La rigidez o elasticidad de los tejidos es directamente proporcional a la velocidad de onda de corte, por lo tanto, cuanto más rígido es el tejido, más rápido se propagan las ondas de corte. Las velocidades de ondas de corte son significativamente más altas en adenocarcinoma pancreático en comparación con el parénquima pancreático circundante, con velocidades de onda de corte mayores a 3 m/s.

Múltiples estudios han evaluado el rendimiento de la elastografía por USE en la caracterización de masas pancreáticas para la diferenciación de masas benignas de las malignas.

En el metaanálisis realizado por Zhang y colaboradores en 2018 se analizaron 19 estudios con un total de 1,687 pacientes. La sensibilidad y especificidad agrupada para el diagnóstico de masas pancreáticas malignas fue de 0.98 (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0.96-0.99) y 0.63 (IC del 95%: 0.58-0.69) para la elastografía por USE cualitativa, 0.95 (IC del 95%: 0.93-0.97) y 0.61 (IC del 95%: 0.56-0.66) para elastografía cuantitativa por USE, respectivamente.

Aunque las dos indicaciones principales de la elastografía son la evaluación de lesiones sólidas del páncreas y la caracterización de nódulos linfáticos, se han sumado más indicaciones a esta técnica. Entre estas se incluye la evaluación de lesiones inflamatorias asociadas a la pancreatitis crónica, la caracteriza-



ción de lesiones subepiteliales, lesiones del tracto gastrointestinal y la evaluación de fibrosis hepática, entre otras.

El uso de la elastografía por ultrasonido endoscópico en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” ha supuesto un avance significativo en la evaluación de diversas condiciones pancreáticas.

Gracias a la elastografía se ha logrado mejorar la calidad de la atención médica en el hospital al proporcionar información adicional que complementa la obtenida mediante la biopsia. Esta tecnología ofrece una evaluación en tiempo real de la rigidez tisular, lo que ayuda a los médicos a tomar decisiones más informadas sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con afecciones pancreáticas.

Referencias

1. Varadarajulu S., Fockens P, Hawes R. New Techniques in EUS: Multiparametric Endoscopic ultrasound images. Endosonography, 5th edition. Elsevier, pages 52-66.
2. Julio Iglesias-García, Daniel de la Iglesia-García, Jose Larín-Noia and Juan Enrique Domínguez-Muñoz. Endoscopic Ultrasound (EUS) Guided Elastography. *Diagnostics* 2023, 13, 1686. <https://doi.org/10.3390/diagnostics1310168>
3. Dietrich CF, Hocke M. Elastography of the Pancreas, *Current View. Clin Endosc.* 2019 Nov;52(6):533-540. doi: 10.5946/ce.2018.156. Epub 2019 Jul 17.
4. Zhang B, Zhu F, Li P, Yu S, Zhao Y, Li M. Endoscopic ultrasound elastography in the diagnosis of pancreatic masses: A meta-analysis. *Pancreatol.* 2018 Oct;18(7):833-840. doi: 10.1016/j.pan.2018.07.008. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30093353.

Drenaje transpapilar de la vesícula biliar: ¿a quién, cuándo y cómo?

“La adecuada selección del paciente, conocimiento de la técnica y disponibilidad de insumos vislumbran el éxito técnico del procedimiento”

Dr. Jony Cerna Cardona

Tradicionalmente el drenaje percutáneo de la vesícula biliar (DPVB) era considerado el tratamiento estándar para los pacientes con colecistitis aguda no aptos para cirugía (Imagen 1) con una tasa de éxito técnico del 97% y respuesta clínica 56%-100%; sin embargo, esta puede asociarse a fuga biliar, peritonitis, hemorragia y creación de falsa vía.^{1,2,3}

Tiene la desventaja de no poderse realizar en pacientes con coagulopatía y descompensación de la cirrosis (ascitis), entre otras.^{1,3} En la actualidad el drenaje endoscópico transpapilar de la vesícula biliar (DETVB) (Imagen 2) ha surgido como una alternativa confiable que ofrece una opción interna sin incisiones en pacientes no quirúrgicos.

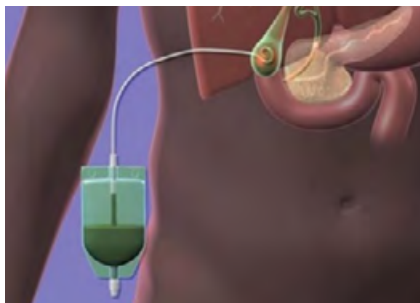


Imagen 1. Colecistostomía percutánea.³

¿A quién realizar DETVB?

Es la modalidad preferida en pacientes con ascitis, coagulopatía severa, hipertensión portal severa o con anatomía no viable para el DPVB. Tiene la ventaja de preservar la anatomía nativa, lo que permite la colecistectomía posterior en pacientes que pueden mejorar las condiciones clínicas y llegar a ser quirúrgicos.^{1,2}

¿Cuándo realizarla?

Cuando se sospecha colecistitis aguda, es necesaria una evaluación quirúrgica minuciosa, valorando las condiciones clínicas y de laboratorio del paciente, principalmente en los que serán sometidos a CPRE por otra indicación, ya que puede realizarse el DETVB en la CPRE inicial, si la colecistectomía es diferida.

¿Cómo se realiza el DETVB?

Inicialmente se realiza una colangiografía convencional para identificar la ubicación y dirección del conducto cístico (Imagen 3). Luego se introduce un esfinterótomo (idealmente giratorio y pequeño) que permita el paso cuidadoso de una guía hidrofílica 0.035 pulgadas hacia el conducto cístico.

Si no se logra acceder después de varios



Imagen 2. Drenaje endoscópico transpapilar con prótesis biliar doble pig tail.



Imagen 3. Colangiografía para identificar anatomía del conducto cístico.

intentos, se puede agregar medio de contraste, cambiar el ángulo de la dirección del esfinterótomo y/o cambio a una guía 0.025 o 0.018 pulgadas. Si se dispone de un colangioscopio, puede utilizarse para direccionar el alambre guía hacia el conducto cístico. Si existe estenosis del cístico, se puede realizar dilatación con balones biliares convencionales o balones de angioplastia coronaria de 3-4 mm para permitir el paso de la prótesis biliar doble cola de cochino (generalmente 5-7 french) (Imagen 4).

La prótesis biliar mejora la colecistitis aguda mediante diferentes mecanismos (descompresión, minimiza la presión transmural e isquemia, y previene la impactación de litos). En algu-

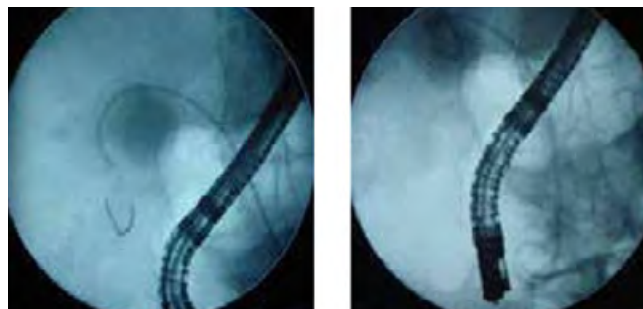


Imagen 4. Canulación selectiva del conducto cístico y vesícula biliar; colocación de prótesis biliar doble pig tail.⁴

nas ocasiones se pueden colar doble prótesis biliar con una alta tasa de éxito clínico a largo plazo del 95%. Las prótesis se dejan de manera indefinida, siempre y cuando no exista evidencia de obstrucción de estas.^{1,2,3,4}

Siempre debemos recordar y enfatizar los riesgos y beneficios del procedimiento. El DETVB puede asociarse a colecistitis recurrente, migración de la prótesis, hemorragia y necesidad de procedimientos adicionales. La selección adecuada del paciente, el contar con la experiencia e insumos necesarios, permitirá una alta tasa de éxito técnico y por consiguiente una tasa alta de éxito clínico.

Referencias

1. Jandura D, Puli S. Efficacy and safety of endoscopic transpapillary gallbladder drainage in acute cholecystitis: An updated meta-analysis. *World J Gastrointest Endosc* 2021 August 16; 13(8): 345-355.
2. AbiMansour J, Law R, Storm R et al. Tips and tricks for endoscopic transpapillary gallbladder drainage. *VideoGIE* 2023;8:474-7.
3. Morales J. et al. Colecistostomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda. ¿Qué ha pasado en los últimos 5 años? Revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex* 2019; 84(4):482-491.
4. Gonzalez J, Jaquez J, Maldonado H. Drenaje endoscópico de la vesícula biliar en colecistitis aguda. Reporte de un caso. *Endoscopia* 2013;25(1):29-30

Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE)

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Uno de los procedimientos endoscópicos de mayor riesgo y demanda técnica, la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) requiere un entrenamiento especial y experiencia para lograr el éxito y minimizar los riesgos. Pasó de ser un procedimiento diagnóstico a uno terapéutico en enfermedades pancreatobiliares. A continuación, se detallarán las herramientas que intentan llevar a cabo este procedimiento en la práctica clínica con una calidad alta.

Los indicadores de calidad se dividen en tres tiempos: antes, durante y después del procedimiento endoscópico.

Indicadores de calidad antes del procedimiento

Abarca el contacto entre todo el equipo de endoscopia con el paciente antes de administrar la sedación.

1. **Frecuencia con la que la CPRE se lleva a cabo bajo una indicación que está incluida en la lista apropiada de indi-**

ameg
2023-2024

PROGRAMA LÍDER

HACIA LA EXCELENCIA EN Endoscopia

APRENDE O ACTUALIZATE con 11 Cursos altamente enfocados en 6-8 horas teóricas (online 1 hora al día) y dos días de práctica intensiva.

Expertos Nacionales e Internacionales.

MODALIDAD HÍBRIDA:
Talleres Hands On presencial incluido.

caciones estándar publicadas (Tabla 1).

2. Frecuencia con la que se obtiene un consentimiento informado que incluya los riesgos asociados con la CPRE.

La CPRE debe enfocarse en por lo menos seis de los siguientes riesgos: pancreatitis, hemorragia, infección, eventos cardiovasculares, reacción alérgica y perforación. También se debe advertir, tanto al paciente como a los familiares, la posibilidad de que el procedimiento no sea exitoso.

El índice de pancreatitis posCPRE oscila entre el 1% y 7% en pacientes con riesgo promedio. La colangitis se presenta en <1%. La hemorragia es un evento adverso que se espera al realizar esfinterotomía y se presenta del 0.8% al 2% de los casos. La perforación puede ser inducida con la guía y/o esfinterotomía, y se ha reportado del 0.1% al 0.6% de los casos.

3. Frecuencia con la que deben administrarse los antibióticos apropiados en una CPRE. Deben considerarse en pacientes con obstrucción biliar ya conocida o sospecha de ésta, en donde no se logre eliminar dicha obstrucción (por ejemplo, colangitis esclerosante primaria) o en pacientes que se sometan a inmunosupresión después de un trasplante hepático, pacientes con colangitis o con pseudoquistes pancreáticos.

4. Frecuencia con la que se lleva a cabo una CPRE por un endoscopista entrenado adecuadamente y credencializado (tal vez emplear aprobación del Consejo).

5. Frecuencia con la que se registra el número de procedimientos de CPRE por año.

Un grupo de Austria demostró que aquellos endoscopistas que realizan <50 CPRE por año tienen menos éxito y llevan a cabo más eventos adversos en comparación con los que realizan por arriba de 50 CPRE por año. También se comparó esto con los

Tabla 1. Indicaciones para CPRE

Ictericia con sospecha de obstrucción biliar.
Sin ictericia cuya bioquímica o imagen sugieren enfermedad pancreática o biliar.
Sospecha de neoplasia pancreática, aunque los estudios de imagen sean erróneos o normales.
Pancreatitis de etiología desconocida.
Evaluación preoperatoria en pancreatitis crónica y/o pseudoquiste.
Evaluación del esfínter de Oddi por manometría.
Esfinterotomía endoscópica: coledocolitiasis, estenosis papilar o disfunción del esfínter de Oddi, para facilitar la colocación de prótesis biliar o dilatación de estenosis biliar, coledocoele, ampuloma, facilitar acceso al conducto pancreático.
Colocación de prótesis en estenosis benignas o malignas, fistulas.
Dilatación de estenosis de conductos.
Dilatación con balón de la papila.
Colocación de drenaje nasobiliar.
Drenaje de pseudoquiste pancreático.
Cepillado de conductos biliares o pancreáticos.
Facilitar colangioscopia.

que realizan >1 esfinterotomía por semana, los cuales tenían menor riesgo de eventos adversos (8.4% vs 11.1%; p=.03).

Indicadores de calidad durante el procedimiento

Se extiende desde la administración de la sedación hasta que se retira el endoscopista.

1a) Frecuencia con la que se documenta que se logró la canulación de los conductos de interés.

1b) Frecuencia con la que se logra canulación de los conductos de interés en pacientes con papila virgen sin que la anatomía del paciente se encuentre modificada por un procedimiento quirúrgico.

La canulación del conducto deseado es el éxito de una CPRE. Debe perseguirse este objetivo en todos los casos. Esto es llevado sólo por los expertos y requiere de un entrenamiento adecuado y de experiencia. Evita a su vez la necesidad de una segunda CPRE o de procedimientos de derivación percutáneos.

El consenso de expertos de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)/ American College of Gastroenterology (ACG) considera como un índice de canulación subóptimo cuando se obtiene <del 80% del éxito y recomienda mayor entrenamiento o que se abandone la realización de CPRE. Esto debe ser medido sólo en papilas vírgenes.

2) Frecuencia con la que se mide el tiempo en fluoroscopia y dosis de radiación. La CPRE requiere de exposición a radiación y esto debe reducirse al mínimo nivel para que el procedimiento sea seguro. Ya se ha demostrado que los endoscopistas experimentados tienen un menor tiempo de exposición a fluoroscopia en comparación con los menos.

3) Frecuencia con la que se extraen exitosamente litos <1 cm en pacientes con una anatomía normal. Siempre debe documentarse la extracción completa de litos además del tamaño, localización, presencia de estenosis y anatomía posquirúrgica si fuese el caso. Cuando no se sobrepasa este tamaño, es esperado que se obtenga el éxito en >90% de los casos empleando esfinterotomía, balones o canastillas de extracción. En casos donde no se logre el éxito, se deberá dejar una prótesis temporal que permita la descompresión biliar, estabilización del paciente en lo que se le transfiere a un tercer nivel.

4) Frecuencia con la que se colocan prótesis en obstrucciones biliares por debajo de la bifurcación de los conductos hepáticos en pacientes con anatomía normal. Generalmente las indicaciones de estas obstrucciones son de origen maligno, litos grandes que no pudieron extraerse y estenosis benignas (pancreatitis crónica, después de una cirugía biliar). También debe documentarse suficiente información no sólo de la indicación sino de la localización de la estenosis, tamaño y tipo de prótesis empleada, y presencia de anatomía posquirúrgica si fuese el caso. Técnicamente es más sencillo colocar prótesis por debajo de la bifurcación de los conductos hepáticos.

ASGE | **ameg** 2023-2024

Digestive Disease Week
WASHINGTON, DC, USA

SIMPOSIO ASGE-AMEG
20 Mayo 2024
10:00 -11:30am
Salón 209ABC,
Walter E. Washington Convention Center

Indicadores de calidad después del procedimiento

Se entiende desde el retiro del endoscopista hasta el seguimiento que se le brinda al paciente.

- 1. Frecuencia con la que se lleva a cabo el reporte de la CPRE indicando a detalle la técnica que se utilizó, los accesorios que se emplearon y el resultado final.**
- 2. Frecuencia con la que se especifican los eventos adversos y la transferencia al hospital u otros hospitales.**
- 3. Índice de pancreatitis posCPRE.** Se define como la presencia de dolor abdominal después de la CPRE más elevación de amilasa y lipasa por arriba de tres veces su valor normal. Se debe administrar indometacina rectal antes del procedimiento.
- 4. Índice de perforación.** Puede ser intraabdominal o retroperitoneal, y el manejo dependerá del sitio que se haya perforado.
- 5. Índice de hemorragia.** La mayoría se relacionan con la realización de esfinterotomía y el empleo del electrocauterio.
- 6. Frecuencia con la que se contacta a los pacientes a los catorce días o después para registrar eventos adversos retrasados.**

ameg
2023-2024

Dr. Irving
Waxman

Dr. Gottumukkala
S. Raju

Dra. Ji Young
Bang

Dra. Olaya
Brewer-Gutierrez

Dr. Andrew
C. Storm

Dr. Sergio
Sánchez Luna

Dra. Sabina
Lee

ENDOTAPATÍA
13 - 14 DE JUNIO 2024
Guadalajara, Jalisco - México

Pólipos hiperplásicos de la unión esofagogástrica

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Hay múltiples causas de las lesiones polipoides en la unión esofagogástrica, las cuales incluyen papiloma escamoso, leiomioma, displasia polipoide asociada a esófago de Barrett, carcinoma polipoide, pólipos de glándulas fúndicas y pólipos hiperplásicos.

Los pólipos hiperplásicos de la unión esofagogástrica se consideran lesiones raras, pero son la causa más frecuente de pólipos; generalmente son benignas con un potencial de malignidad cuando son mayores a 10 mm. Conforman <1% de los



Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal
ameg
2023-2024

XXXI ECOS
ENDOSCÓPICOS INTERNACIONALES

18-19 JULIO 2024
HOSPITAL ESPAÑOL, CDMX, MÉXICO

LAH
Agencia Oficial
www.grupolah.com

tumores esofágicos, son frecuentemente asintomáticos y de crecimiento lento.

Histológicamente presentan epitelio foveolar con distorsión de la arquitectura, elongación y cambios quísticos con inflamación crónica, la cual se caracteriza por un estroma congestionado y una variedad de células inflamatorias como células plasmáticas, eosinófilos y fibroblastos.

En 2001, Abraham y colaboradores reportaron su asociación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el 48% de los casos e, incluso, con esófago de Barrett en el 15%, sugiriendo que la toma de biopsia de tejido no polipoide es importante para determinar la causa subyacente.

En 2011, Long publicó el primer estudio que evaluaba el espectro clínico de los pólipos de la unión esofagogástrica. Se incluyeron 46 casos recolectados en un periodo de cinco años, de los cuales se presentaron con mayor frecuencia en hombres. En cuanto a morfología, el 86% fueron menores a 1 cm y 72% fueron pediculados.

Además, no había diferencias histológicas significativas entre los pólipos hiperplásicos de la unión esofagogástrica en comparación con los gástricos antrales, excepto por la presencia de epitelio multicapa presente en el 17% de los primeros. Sólo en un caso de la serie hubo adenocarcinoma con células en anillo de sello pobremente diferenciado, por lo que, aunque es muy baja, hay posibilidad de degeneración maligna.

Un ejemplo de pólipo hiperplásico encontrado en mi servicio fue una paciente de 58 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía secundaria en estadio terminal. Fue evaluada por sangrado de tubo digestivo alto y en la esofagogastroduodenoscopia se encontró pólipo de unión esofagogástrica de 8 mm Paris 0-Isp, así como otros dos pólipos más distales de 6 y 8 mm, además de una gastropatía no erosiva leve. El reporte histopatológico mostró *Helicobacter pylori* en las biopsias

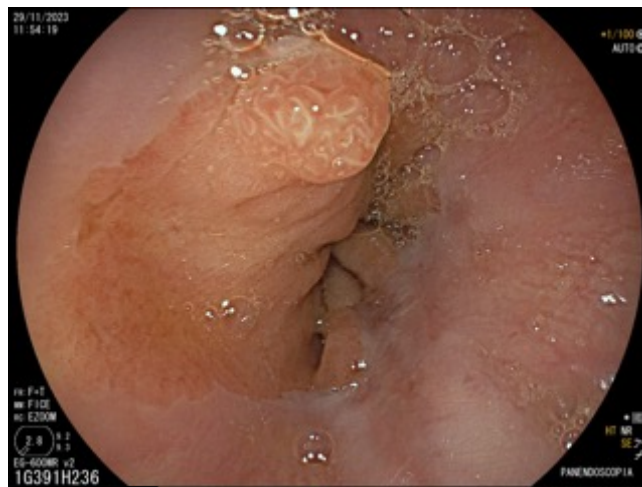


Imagen 1. Pólipo hiperplásico de unión esofagogástrica.

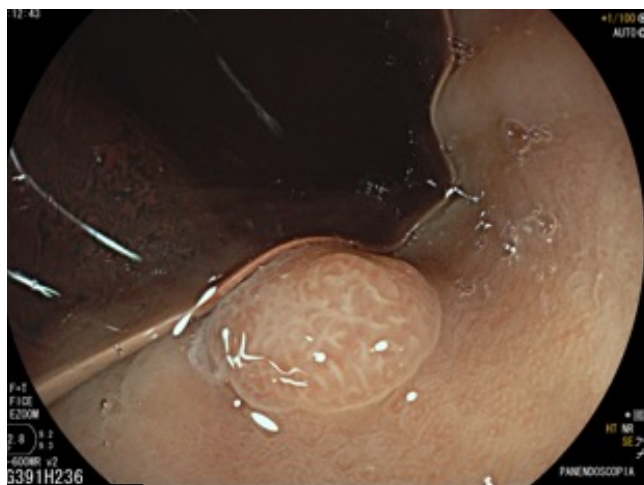


Imagen 2. Pólipo hiperplásico de cardias.

gástricas, mientras que los tres pólipos reseca- dos fueron hiperplásicos.

Melton y Genta evaluaron en 2010 las características clí- nicas y patológicas de 330 pacientes con pólipos de cardias. Estos pólipos fueron considerados de cardias, más no de unión esofa- gogástrica y, de acuerdo con sus descripciones, parecieran más de estómago proximal. Dentro de sus resultados reportaron la asociación de pólipos de cardias con gastritis por *H pylori* en el 2.9%, sin que se encontraran bacilos en los pólipos en sí.

Sin importar si los pólipos hiperplásicos crecen en el esófa- go distal o en el estómago proximal, asumimos que lo hacen en condiciones inflamatorias crónicas.

Referencias

1. Shahid Y et al. Giant Hyperplastic polyp at the gastroesophageal junc- tion: a rare provocateur of upper gastrointestinal bleeding. Cureus. Au- gust 2023; 15(8):e43269.
2. Abraham SC et al. Hyperplastic polyps of the esophagus an esophago- gastric junction: histologic and clinicopathologic findings. Am J Surg Pathol. 2001;25:1180-7.
3. Long KB, Odze RD. Gastroesophageal junction hyperplastic (inflam- matory) polyps: a clinical and pathologic study of 46 cases. Am J Surg Pathol 2011;35:1038-1044.
4. Melton SD, Genta RM. Gastric cardiac polyps: a clinicopathologic study of 330. Am J Surg Pahtol. 2010;34:1792-1797,



ameg
2023-2024

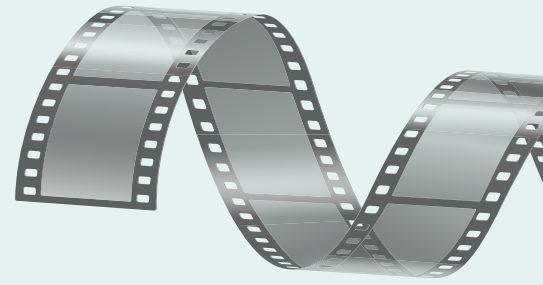
LII
Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte



Curso de Posgrado
12 y 13 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial





El gran cirujano del engaño

Dr. Gerardo A. Morales Fuentes

Un documental de tres capítulos en Netflix, de poco menos de una hora cada uno, *El gran cirujano del engaño* aborda el caso del Dr. Paolo Macchiarini, cirujano cardiotorácico que, si bien contaba con renombre y méritos propios en países como Suecia, Italia y Estados Unidos, inicia una espiral de hechos hasta la destrucción de su reputación.

Una periodista estadounidense quiere hacer un documental acerca del gran doctor, pionero de una nueva tecnología que consiste en la sustitución de la tráquea enferma por una plástica bañada en células madre que sustituirían al material plástico y, con el paso del tiempo, crearían una nueva tráquea.

El médico empezó con este proyecto en 2011 y, a lo largo de los siguientes años, basándose en un gran carisma y el personaje exitoso que representa, sometería a varios pacientes a este procedimiento en Suecia y Rusia. Durante la filmación del documental, la periodista empieza un romance con el cirujano y da detalles de ensueño de lo que parece ser la relación ideal.

Nos presentan los casos de los pacientes sometidos a dicha intervención y poco a poco su desenlace. A la par, la relación entre la periodista y el cirujano va avanzando y mostrándonos detalles muy similares a los vistos en otro documental famoso: *El estafador de Tinder*.

Es interesante ver cómo el cirujano puede realizar los procedimientos siendo tratado inicialmente como todo un innovador, pero paulatinamente y conforme avanzan los casos, sus

La cinta pone a pensar acerca de la industria y la maquinaria económica detrás de los últimos avances médicos...

colegas empiezan a hacer investigación acerca de los supuestos antecedentes del procedimiento, descubriendo severas irregularidades, alertando a los hospitales y chocando con la burocracia de estos.

Realmente es un documental que quieres terminar de ver todos los capítulos, uno tras otro, porque son contados muy bien y terminan con puntos clave que te incitan a seguir.

Desde los primeros minutos, como médicos resulta estresante que se describe la novedosa técnica por lo que implica y, en el último capítulo, se relevan todas las omisiones del procedimiento, por lo que resulta bastante sorprendente ver todo lo que pudo lograr durante tantos años sin ser detenido. Actualmente su historia no ha terminado, si bien hay una conclusión en el documental, todo continúa en Suecia.

La cinta pone a pensar acerca de la industria y la maquinaria económica detrás de los últimos avances médicos, donde esta historia puede haberse repetido o, incluso, estar pasando en otras partes del mundo... dejando de lado la parte “romántica” del documental.

POEM, la estrategia terapéutica que llegó para quedarse

Repaso y reporte de casos en un hospital de Puebla

Dr. José Miguel Espinosa González

Endoscopista Gastrointestinal. Hospital Universitario de Puebla.

Dr. Arturo Valle Rivera

Cirugía Endoscópica. Chile

Dra. Jessica Itzhel Mora Guzmán

Residente de Cirugía General. IMSS. UMAE 14. CMN

La acalasia es un trastorno esofágico motor primario, caracterizado manométricamente por la relajación insuficiente del esfínter esofágico inferior y la pérdida de la peristalsis esofágica, secundario a un daño autoinmune de las neuronas inhibitorias del plexo mientérico.

Los síntomas en estos pacientes son disfagia en el 90% de los casos, pirosis en el 75%, regurgitación en el 45% de los casos, dolor torácico 20%, dolor epigástrico 15% y odinofagia 5%. El diagnóstico definitivo lo da la manometría esofágica, sin embargo, el tratamiento incluye el manejo médico, laparoscópico y endoscópico.

La cirugía del tercer espacio es un procedimiento endoscópico que se realiza en el espacio virtual creado entre la capa mucosa y la capa muscular del esófago.

En esta ocasión daremos a conocer los resultados obtenidos de las jornadas internacionales en la cirugía de tercer espacio realizadas recientemente para tratar la acalasia con la técnica POEM (miotomía endoscópica peroral) en el Hospital Uni-

versitario de Puebla, apoyados por expertos de talla internacional.

Se seleccionaron cuatro pacientes con diagnóstico de acalasia a quienes se les realizó una miotomía endoscópica peroral (POEM). Los pacientes seleccionados presentaron acalasia tipo I y II diagnosticada por manometría.

Dentro de nuestros pacientes seleccionados tenemos la primera paciente con diagnóstico de acalasia tipo II, ya operada de miotomía de Heller y funduplicatura hace dos años sin mejoría de la sintomatología, persistiendo con un Eckardt de 12 puntos.

El segundo paciente con diagnóstico de acalasia tipo II de 7 años de evolución acompañada de megaesófago con puntaje de Eckardt de 7 puntos. Nuestro tercer y cuarto paciente con acalasia tipo I y II con Eckardt de 10 y 8 puntos, respectivamente, quienes fueron sometidos a su primera intervención.

Los procedimientos endoscópicos fueron bajo anestesia general, con monitoreo BIS, capnografía y capnometría para me-

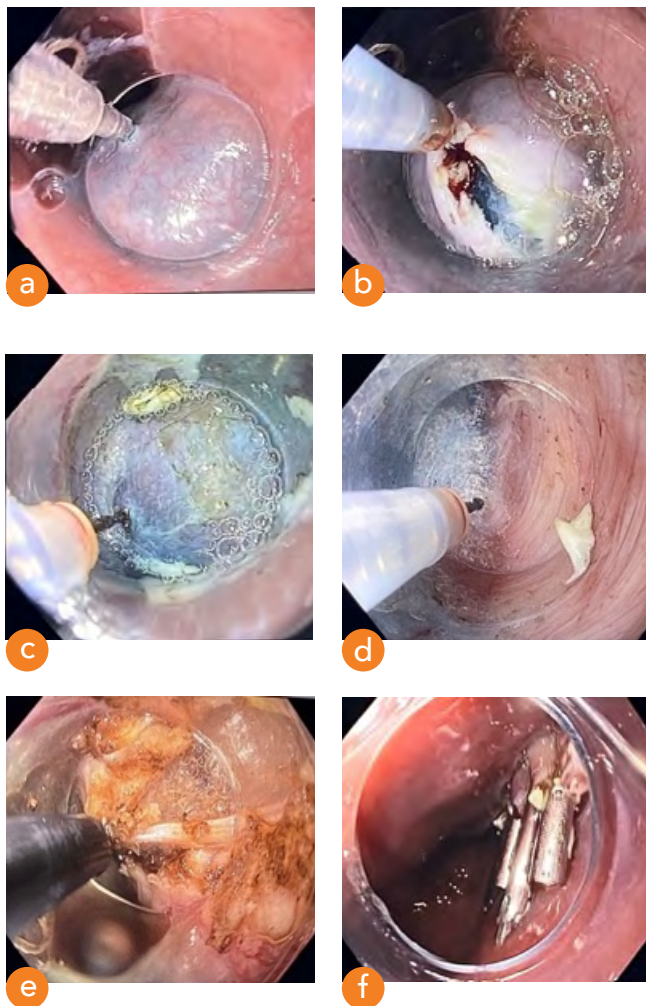


Figura 1. Técnica de miotomía endoscópica peroral.
a) Inyección de índigo carmín para elevación de la submucosa. **b)** Mucotomía con disector triangular. **c)** Identificación del espacio mucoso. **d)** Creación túnel submucoso. **e)** Miotomía esofágica. **g)** Cierre con endoclips metálicos.

dir el CO₂ ocupado durante el procedimiento. Se posicionaron en decúbito lateral izquierdo, se utilizó equipo de endoscopia EVIS X1 con gastroscopios Olympus HQ190, *cap* corto, unidad electro quirúrgica EGS 300 y ERBE con cuchillo de hidro disección en T y clips metálicos. El tiempo promedio del procedimiento fue de 50 minutos y fueron egresados al día siguiente del estudio, con revisiones externas semanales.

Posterior a una hora de terminado el procedimiento, los pacientes fueron capaces de tomar un vaso de agua lleno hasta terminarlo, sin presentar ninguna dificultad ni sintomatología al realizarlo, lo que lo convierte en una prueba de agua positiva (prueba empleada por nuestro profesor internacional), concluyendo así que el procedimiento fue exitoso.

Cabe destacar que el POEM es un procedimiento que está indicado no sólo en la acalasia, sino en trastornos motores esofágicos como el espasmo esofágico difuso, esófago de Jackhammer, el esfínter esofágico inferior hipertensivo, en desórdenes de la motilidad esofágica no específicos, antecedente de miotomía de Heller o POEM fallidas, o contraindicaciones de un Heller laparoscópico.

El POEM es un procedimiento endoscópico con un éxito clínico alto y baja tasa de complicaciones, que conlleva a un menor tiempo operatorio, menor sangrado transoperatorio y menos estancia hospitalaria en comparación con la miotomía de Heller, lo que lo lleva a ser una excelente estrategia terapéutica en este tipo de pacientes.

Paciente	Género	Edad	Eckardt	Diagnóstico	Longitud de la miotomía	Eckardt a 15 días posquirúrgico
1	Femenino	26	12	Acalasia tipo II recidivante	7 cm	2
2	Masculino	57	7	Acalasia tipo II con megaesófago	10 cm	1
3	Masculino	40	10	Acalasia tipo I	10 cm	0
4	Femenino	23	8	Acalasia tipo II	9 cm	3

Referencias

- Nabi Z, Ramchandani M, Basha J, Inavolu P, Kotla R, Goud R, Darisetty S, Reddy DN. *Per-oral endoscopic myotomy in cases with prior Heller's myotomy: Outcomes at a median follow-up of 5 years.* J Gastroenterol Hepatol. 2023 Nov;38(11):2035-2039. doi: 10.1111/jgh.16320. Epub 2023 Aug 12. PMID: 37571986.
- Nabi Z, Reddy DN. *Submucosal endoscopy: the present and future.* Clin Endosc. 2023 Jan;56(1):23-37. doi: 10.5946/ce.2022.139. Epub 2023 Jan 9. PMID: 36617645; PMCID: PMC9902679.
- Ramchandani M, Nageshwar Reddy D, Nabi Z, Chavan R, Bapa-ye A, Bhatia S, Mehta N, Dhawan P, Chaudhary A, Ghoshal UC, Philip M, Neuhaus H, Deviere J, Inoue H. *Management of achalasia cardia: Expert consensus statements.* J Gastroenterol Hepatol. 2018 Aug;33(8):1436-1444. doi: 10.1111/jgh.14097. PMID: 29377271.
- Latha Kumar A, Sadagopan A, Mahmoud A, Begg M, Tarhuni M, N Fotso M, Gonzalez NA, Sanivarapu RR, Osman U, Nath TS. *Comparison of the Clinical Efficacy, Safety, and Postoperative Outcomes Between Per-oral Esophageal Myotomy and Laparoscopic Heller's Myotomy With Fundoplication: A Systematic Review.* Cureus. 2023 Sep 7;15(9):e44877. doi: 10.7759/cureus.44877. PMID: 37818506; PMCID: PMC10561531.
- Pandolfino JE, Gawron AJ. *Achalasia: a systematic review.* JAMA. 2015 May 12;313(18):1841-52. doi: 10.1001/jama.2015.2996. PMID: 25965233.



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

