

gemo

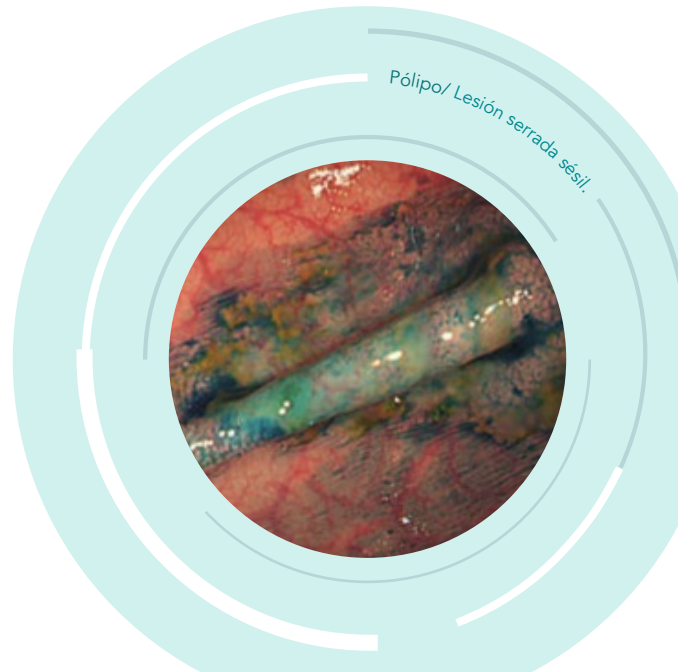
GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

EN VÍA BILIAR

Brotes de infección asociados al uso de duodenoscopios

Terapia de vacío endoscópica (E-VAC)

- ▶ Tratamiento endoscópico paliativo para ampuloma: endoprótesis
- ▶ Pólipos serrados sésiles: ¿qué hay sobre los pacientes jóvenes?





DIRECTORIO

Presidente de la AMEG:

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

Coordinación Editorial:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

Dr. 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. Claudia Patricia Carvallo Guevara
Dr. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Ylse Gutiérrez Grobe

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Leonel Hipólito Hernández

Dr. Gerardo López Hernández

Dr. Martha Verónica López Ugalde

Dr. María del Carmen Manzano Robledo

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dr. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. Lucía Vásquez Sánchez

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

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

5 ENDOSCOPIG

¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

6 Ergonomía en endoscopistas embarazadas

Dra. María del Carmen Manzano Robledo / Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA

8 Terapia de vacío endoscópica (E-VAC)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

CÁPSULA ENDOSCÓPICA

16 Cápsula endoscópica de intestino delgado incompleta: factores de riesgo y costo-efectividad de la visualización en tiempo real

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dra. Ylse Gutiérrez Grobe /
Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

CASO CLÍNICO

19 Tratamiento endoscópico paliativo para ampuloma: endoprótesis

Dr. José Miguel Espinosa González / Dr. Leonel Hipólito Hernández

EN VÍA BILIAR

23 Brotes de infección asociados al uso de duodenoscopios

Dr. Jony Cerna Cardona

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

27 Indicadores de calidad en la cápsula endoscópica

Dra. Mónica Reyes Bastidas

ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

32 Reporte de caso: Enfermedad injerto contra huésped gastrointestinal aguda e infección por adenovirus posterior a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez / Dra. Martha Verónica López Ugalde /
Dr. Gerardo López Hernández

PÓLIPOS

38 Pólipos serrados sésiles: ¿qué hay sobre los pacientes jóvenes?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

MEDI-CINE

40 El curandero

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Saludos a todos nuestros asociados:

Ya estamos a poco más de un mes del evento magno de nuestra asociación. Quiero recalcar que Acapulco se encuentra en muy buenas condiciones. Tanto el Hotel Mundo Imperial y desde hace menos de una semana se reabrió el Hotel Princess. Ya se llevaron a cabo en la misma sede el Congreso Nacional de Oftalmología, el Congreso Nacional de Cardiología, la Reunión de Banqueros, el Abierto de Tenis y el Tianguis Turístico.

Precisamente durante el congreso se llevará a cabo (coincidentalmente) el concierto de Edith Márquez para reabrir todas las instalaciones (no conseguimos descuento en los boletos

para asistir, por cierto). Las habitaciones están remodeladas y el servicio es impecable.

Tenemos preparado un Curso PreCongreso con grandes luminarias mundiales y un Congreso algo "diferente", aunque novedoso. De manera simultánea tendremos cuatro encuentros: Endosonografía, Intestino Medio, Motilidad y el de Residentes.

La seguridad está redoblada, como atestiguan un gran número de amigos y colegas que han viajado. Los esperamos

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.**



Terapia de presión negativa endoscópica para defectos transmurales con fístulas posterior a Z-POEM

- La terapia de presión negativa endoscópica es una herramienta útil, no sólo en perforaciones o fístulas patológicas, sino también en el tratamiento de complicaciones de procedimientos avanzados como el POEM.
- El equipo médico representado por el Dr. Khashab, del Hospital Johns Hopkins, publicó el caso de una paciente sometida a Z-POEM por divertículo de Zenker de 2.5 x 1.5 cm, quien presentó una fístula aguda a nivel de C4-C6. Se intentó cerrar con un clip OVESCO sin éxito. Se evaluaron otras opciones como la sutura endoscópica, pero se descartó por el espacio limitado de trabajo.
- Colocaron un sistema endoscópico de presión negativa modificado, el cual presenta ventajas sobre el sistema de presión negativa comercial, como un bajo costo, fácil inserción y aparentemente un intervalo más largo entre recambios.
- El equipo concluyó que la terapia de presión negativa endoscópica modificada puede usarse como primera línea de tratamiento para el manejo de fístulas posteriores a Z-POEM.

¿Quieres saber más?

- No te pierdas el 8th Annual Hopkins International Therapeutic Endoscopy Course 2024, ya sea en vivo en Baltimore, Maryland, o en línea sin costo, donde podrás ver este tipo de procedimientos y muchos más. Inscríbete en: www.hitec-course.com



Síguenos: @endosco_pig

Ergonomía en endoscopistas embarazadas

Dra. María del Carmen Manzano Robleda

Hospital Médica Sur (macmanzano@gmail.com)

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo hay aproximadamente 34.4 millones de trabajadores de la salud (incluyendo médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros tipos de proveedores de atención comunitaria), de los cuales una proporción creciente son mujeres.¹

La ergonomía, al ser la disciplina científica que aplica teorías, principios, datos y métodos para optimizar el bienestar humano, evalúa tareas, trabajos, ambientes y sistemas para hacerlos compatibles con las necesidades, habilidades y limitaciones de las personas.²

Numerosos estudios realizados en varios países durante las últimas décadas han mostrado una prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en endoscopistas que varía del 29% al 89%.³⁻⁵ Las mujeres embarazadas requieren atención y cuidado adicionales debido a ciertos cambios fisiológicos y patológicos que surgen durante el embarazo. En particular, la marcha, el equilibrio, la curvatura de la columna vertebral y el dolor se modifican considerablemente a medida que avanza el embarazo.⁶

Esta población es más vulnerable a ciertos riesgos laborales, como la exposición a radiación (>100 milirems), agentes bio-

lógicos infecciosos, levantar objetos pesados y trabajar durante horas prolongadas (>12 horas por turno), debido a su impacto en el desarrollo fetal.⁷⁻⁸

La ergonomía desempeña un papel crucial en el trabajo y productividad de las endoscopistas embarazadas, pues enfrentan desafíos únicos relacionados con la salud y la seguridad ocupacional. Durante el embarazo, las endoscopistas deben adaptar sus prácticas ergonómicas para minimizar el estrés físico y reducir el riesgo de lesiones musculoesqueléticas y complicaciones asociadas.

En una reciente publicación de *Gastrointestinal Endoscopy* con respecto a ergonomía según el género, se identificó que, de las 41 mujeres entrevistadas, el 73.2% practicó endoscopia durante el embarazo y que sólo el 23.3% realizó estudios con fluoroscopia. La mayoría no realizó ningún cambio en particular por el hecho de estar embarazadas. Sin embargo, se mencionó que preferían hacer algunos estudios sentadas y realizar menos casos por día.⁹

La literatura destaca varias estrategias para optimizar el entorno de trabajo, como ajustar la altura del monitor y la mesa

de trabajo para promover posturas ergonómicas adecuadas. Es crucial evitar movimientos repetitivos y mantener una buena alineación corporal para reducir la carga sobre la columna vertebral y las extremidades superiores. Además, se recomienda el uso de equipos ergonómicos diseñados específicamente para endoscopistas embarazadas, como sillas ajustables y soportes para mantener una posición cómoda y segura durante los procedimientos endoscópicos prolongados.

En cuanto a la gestión de la exposición a la radiación, se aconseja el uso de protectores adecuados y monitores con baja emisión de radiación para proteger tanto a la endoscopista como al feto. Además, se debe fomentar la rotación de tareas y la asignación de periodos de descanso adecuados para prevenir la fatiga física y mental.

La formación continua en ergonomía y la concienciación sobre prácticas seguras son fundamentales para garantizar el bienestar de las endoscopistas, el feto y los pacientes. Es esencial que las instituciones de salud implementen políticas y directrices ergonómicas actualizadas que aborden las necesidades específicas de las endoscopistas embarazadas, promoviendo así un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los profesionales involucrados en procedimientos endoscópicos. Reducir los riesgos laborales para las endoscopistas embarazadas es indispensable, lo que puede aumentar la productividad y la seguridad de los empleados en unidades de endoscopia. Una ergonomía deficiente en el área de endoscopia puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el feto, incluyendo abortos espontáneos, partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer e infertilidad.

Referencias

1. Frincy Francis, Sheeba E Johnsunderraj, K Y Divya , Divya Raghavan , Atiya Al-Furgani, Lily P Bera, Aniamma Abraham. *Ergonomic Stressors Among Pregnant Healthcare Workers: Impact on pregnancy outcomes and recommended safety practices*. Sultan Qaboos Univ Med J. 2021 May;21(2):e172-e181. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.02.004>
2. Karwowski W. *Ergonomics and human factors: The paradigms for science, engineering, design, technology and management of human-compatible systems*. Ergonomics 2005; 48:436–63. <https://doi.org/10.1080/00140130400029167>.
3. Shergill A, McQuaid K, Rempel D. *Ergonomics and GI endoscopy*. Gastrointest Endosc 2009;70:145-53.
4. Diana Y, Tommaso B, Gastone C, et al. *Musculoskeletal injuries in gastrointestinal endoscopists: a systematic review*. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2017;11:939-47.
5. Glenn H. *Review of musculoskeletal injuries and prevention in the endoscopy practitioner*. J Clin Gastroenterol 2014;48:590-4.
6. Yoo H, Shin D, Song C. *Changes in the spinal curvature, degree of pain, balance ability, and gait ability according to pregnancy period in pregnant and non-pregnant women*. J Phys Ther Sci 2015; 27:279–84. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.279>.
7. Lawson CC, Whelan EA, Hibert EN, Grajewski B, Spiegelman D, Rich-Edwards JW. *Occupational factors and risk of preterm birth in nurses*. Am J Obst Gynecol 2009; 200:51.e1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.006>.
8. Shaw P, Duncan A, Vouyouka A, Ozsvath K. *Radiation exposure and pregnancy*. J Vasc Surg 2011; 53:28S–34S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2010.05.140>.
9. Asmeen Bhatt, Prithvi Patil, Nirav C Thosani. *Endoscopy ergonomics: a survey-based study exploring gender differences*. Gastrointest Endosc. 2024 Jul;100(1):17-26. doi: 10.1016/j.gie.2024.01.003. Epub 2024 Jan 6.

Terapia de vacío endoscópica (E-VAC)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Hospital Santa Inés, Cuenca – Ecuador

El tratamiento endoscópico de los defectos de la pared del tracto gastrointestinal superior, tanto posoperatorio como agudo/iatrogénico, constituye un reto desafiante para el endoscopista y requiere una comprensión profunda de los mecanismos fisiopatológicos implicados, así como un alto grado de experiencia.

El abordaje quirúrgico, que implica el cierre del defecto y el drenaje externo de la cavidad infectada, es un desafío técnico y está asociado con una alta morbilidad y mortalidad, especialmente en áreas anatómicas difíciles como el esófago intratorácico y el duodeno. El uso de alternativas mínimamente invasivas es evidente desde muy temprano y se han implementado varios métodos endoscópicos a lo largo de los años, incluyendo lavado endoscópico, drenaje transmural y cierre del defecto con clips, sutura y prótesis. Recientemente se agregó la terapia de vacío endoscópica (EVT) al espectro de tratamientos mínimamente invasivos.

La terapia de presión negativa fue introducida inicialmente por los cirujanos plásticos como una opción de tratamiento para las enfermedades crónicas, infectadas y heridas isquémicas. Su principio básico es que la presión negativa aplicada a una herida a través de un sistema sellado de una esponja, con una película hermética cubriéndola y una bomba de succión conectada a este por un tubo, acelera el proceso de curación a través de múltiples mecanismos:

- a. Aumento del flujo sanguíneo.
- b. Modulación local de citocinas y quimiorreceptores, señalización celular, lo que conduce a un mayor neoangiogénesis y una mayor formación de tejido de granulación.
- c. Remoción de escombros y microorganismos.
- d. Reducción del edema intersticial.
- e. Drenaje continuo de secreciones de las heridas.
- f. Macrodeformación de la herida con aproximación de sus bordes y reducción de su volumen.

Después de su aplicación inicial, el sistema debe cambiarse periódicamente hasta que la cicatrización sea adecuada. La terapia de vacío se convirtió rápidamente en una opción de tratamiento establecida para las enfermedades externas y en 2003 se hizo el primer intento de implementar sus principios para el tratamiento de una fuga anastomótica en el recto, tratando prácticamente la cavidad mesorrectal infectada tras la dehiscencia anastomótica como herida crónica.

Para esto, la esponja se montó en un tubo y luego se insertó endoscópicamente a través del defecto y dentro de la cavidad. Tras la aplicación de vacío al otro extremo del tubo, la cavidad colapsó alrededor de la esponja, sellando así el sistema sin necesidad de una película protectora. Después de la primera implementación exitosa de EVT en el recto, comenzó a popu-

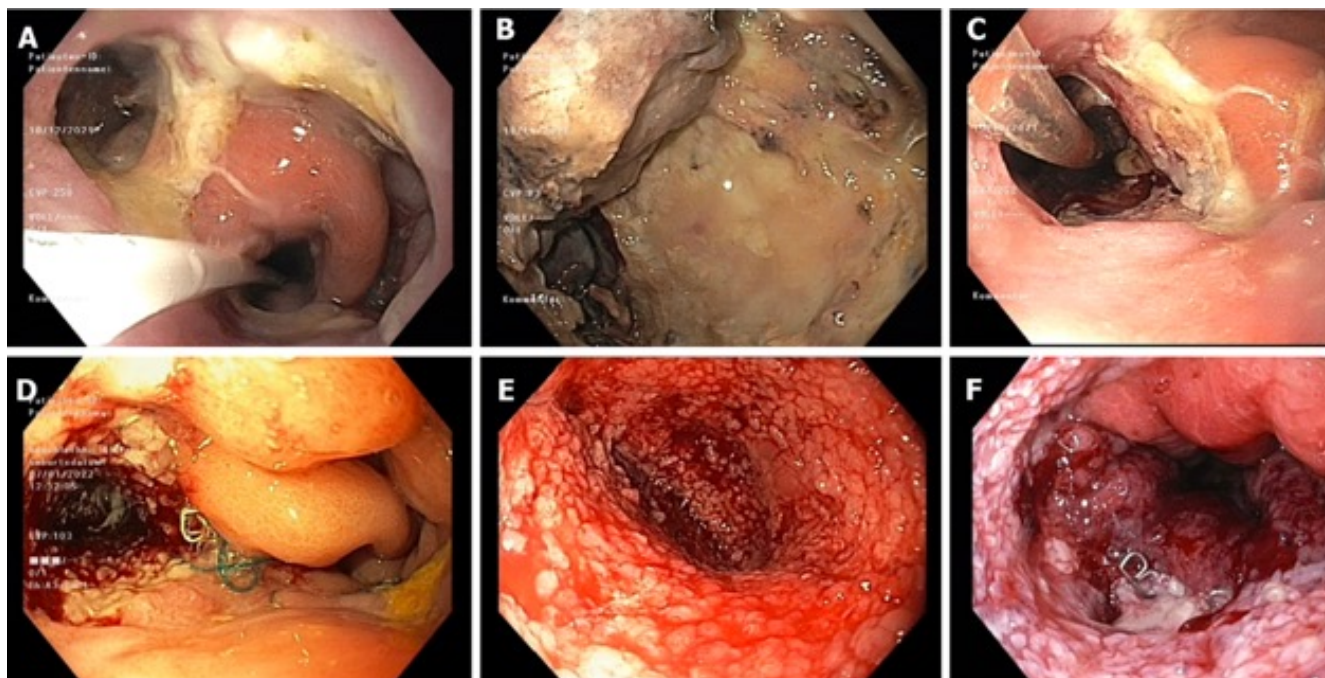


Imagen 1. Fuente: DOI: 10.4253/wjge.v15i6.420. Copyright © The Author(s) 2023.

larizarse para el tratamiento de las fugas anastomóticas rectales y en 2008 se utilizó para por primera vez para cerrar defectos similares en el tracto gastrointestinal superior.

Inicialmente, el método sólo se utilizaba en centros alemanes. Después de que los alentadores resultados de la primera serie de casos que se publicaron en años posteriores, la EVT comenzó a ganar popularidad. En 2016 se publicaron los primeros informes internacionales de Estados Unidos y Corea.

La EVT se puede aplicar para todos los defectos de la pared del tracto gastrointestinal superior siempre que se cumplan dos de las siguientes condiciones: (1) Hay una perfusión sanguínea adecuada alrededor del defecto para permitir que el tejido se

recupere, y (2) hay un compartimento cerrado que puede colapsar alrededor del dispositivo de presión negativa. Aunque el tamaño del defecto y la cavidad juegan un papel importante en la planificación de la aplicación inicial y la duración de la terapia, las cavidades y defectos grandes no son considerados una contraindicación.

En una de las primeras series de casos publicadas en 2010, el tamaño de la cavidad era de 3 a 40 mm; sin embargo, datos publicados recientemente han demostrado la viabilidad de la EVT en cavidades >7 cm y hasta 15 cm, siempre que estén cerradas y puedan colapsar alrededor del dispositivo de presión negativa. Un defecto grande se asocia con más dificultades intra-procedi-

miento y un mayor número de procedimientos, pero tampoco afecta los resultados de la terapia.

Si bien, como he mencionado, el uso de la terapia de presión negativa puede ser factible en cualquier lugar del tracto digestivo, un subgrupo especial de defectos gástricos son los que ocurren después de la cirugía bariátrica. Se producen fugas en la línea de grapas en 1%-2% de los pacientes después de una gastrectomía en manga y 2%-5% de los pacientes después de un *bypass* gástrico en Y de Roux.

Especialmente en el caso de la gastrectomía en manga, las fugas se producen principalmente en el extremo proximal de la línea de grapas y cuando la presión intragástrica excede la resistencia de la línea de grapas, mientras que las fugas por isquemia verdadera son raras. Estas fugas se caracterizan por una aparición tardía de síntomas leves, con hasta un 50% siendo asintomáticas, probablemente debido a la cantidad de grasa visceral que restringe la fuga e impide peritonitis generalizada.

Se ha demostrado que la cirugía de revisión después del segundo día posoperatorio tiene resultados insuficientes, lo que desplaza el enfoque hacia las opciones de tratamiento endoscópico. Varias series pequeñas han informado la viabilidad de la técnica de presión negativa con altas tasas de éxito de entre 87%-90%.

Materiales

El sistema EVT básico consiste en el dispositivo terapia endoscópica de presión real, generalmente una esponja o un drenaje, que se coloca en el área donde se debe aplicar la presión negativa, una fuente externa de presión negativa, que puede ser una botella de succión de drenaje o una bomba y un tubo que conecta estos dos elementos y transfiere la presión negativa desde la fuente externa al dispositivo.

Con respecto a la fuente de presión negativa, las botellas de succión son baratas y están ampliamente disponibles, pero la fuerza de succión que aplican no es confiable y es más difícil de controlar, mientras que las bombas electrónicas ofrecen un mejor control de la presión negativa aplicada. Cabe señalar que la mayoría de las bombas disponibles comercialmente están diseñadas y dedicadas a la terapia externa y suelen ser necesarias pequeñas adaptaciones para hacerlas compatibles con dispositivos endoscópicos.

La terapia E-VAC (Endoscopic Vacuum-Assisted Closure, por sus siglas en inglés) de presión negativa es entonces una técnica avanzada que se utiliza en el tratamiento de diversas complicaciones posoperatorias, incluyendo las derivadas de la cirugía bariátrica. Aquí te explico su importancia, impacto, usos,

Journal Club de
Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 7 de agosto, 21:00 hrs.
Coordinador:
Dr. Félix Téllez Ávila

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

 ameg
2009 - 2024



desventajas, aplicabilidad y análisis de costo-beneficio comparado con otras opciones de manejo endoscópico.

Importancia de la terapia E-VAC

- a. Promueve la cicatrización: la terapia E-VAC utiliza presión negativa para promover la cicatrización de heridas, reduciendo el espacio muerto, eliminando fluidos y mejorando la perfusión sanguínea en el área afectada.
- b. Control de infecciones: la presión negativa ayuda a eliminar bacterias y a reducir el riesgo de infecciones, lo cual es crucial en el manejo de heridas posoperatorias.

- c. Adaptabilidad: la terapia puede ser adaptada para diferentes tipos de heridas y complicaciones, incluyendo fístulas y dehiscencias.

Impacto en el manejo de complicaciones

La cirugía bariátrica puede presentar complicaciones como fugas anastomóticas, fístulas y abscesos. La terapia E-VAC ha demostrado ser efectiva en:

- a. Reducción de la mortalidad: al manejar de manera efectiva las complicaciones severas, se reduce la tasa de mortalidad asociada a estas cirugías.

**SESIÓN
MENSUAL**

08

AGOSTO / 20:00 hrs.



ameg
2023-2024



Profesor Extranjero:
Dr Antonio H. Mendoza-Ladd
PROFESOR ASOCIADO DE MEDICINA,
UC IRVINE, USA.

Coordinadores Nacionales:

Dr Eduardo Torices Escalante
Dr Francisco Valdovinos Andraca

CRIOABLACIÓN
ENDOSCÓPICA: UNA
NUEVA ALTERNATIVA

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

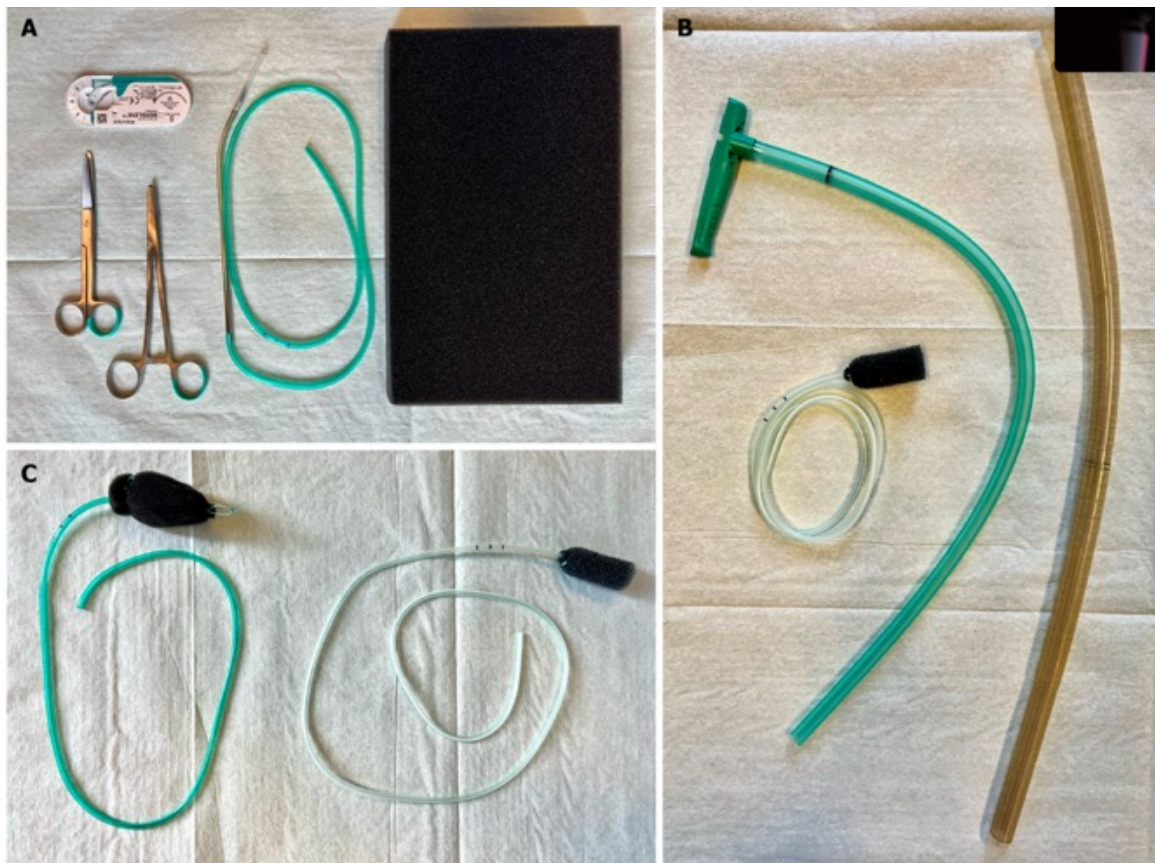


Imagen 2. Fuente: DOI: 10.4253/wjge.v15i6.420. Copyright © The Author(s) 2023.

- b.** Mejora de la calidad de vida: los pacientes experimentan una recuperación más rápida y menos dolorosa, lo cual mejora su calidad de vida posoperatoria.
- c.** Disminución del tiempo de hospitalización: la terapia E-VAC puede reducir significativamente el tiempo que un paciente necesita estar hospitalizado, lo cual también disminuye los costos asociados.

Usos de la terapia E-VAC

- a.** Fístulas: la terapia es efectiva en el cierre de fístulas gastrointestinales.
- b.** Abscesos: utilizada para drenar abscesos y prevenir la formación de nuevas colecciones de líquido.
- c.** Dehiscencias de suturas: ayuda en la cicatrización de dehiscencias posoperatorias.

Desventajas

- a. Costo: la terapia E-VAC puede ser costosa debido al equipo especializado y a los materiales necesarios.
- b. Incomodidad del paciente: algunos pacientes pueden encontrar incómodo el equipo y el proceso de tratamiento.
- c. Complicaciones técnicas: requiere personal entrenado para su correcta aplicación y manejo.

Aplicabilidad

La terapia E-VAC es aplicable en diversos escenarios clínicos, especialmente en casos donde las complicaciones de la cirugía bariátrica son severas y otras formas de manejo no han sido efectivas. Su uso está indicado particularmente en:

- a. Hospitales especializados: donde se dispone de equipos y personal capacitado.
- b. Casos complejos: donde las complicaciones son difíciles de manejar con técnicas convencionales.

Costo-beneficio comparado con otras opciones de manejo endoscópico

- a. Eficiencia en el cierre de fístulas: la terapia E-VAC puede ser más eficiente en el cierre de fístulas comparado con técnicas endoscópicas convencionales como el uso de clips o *stents*.
- b. Reducción de reintervenciones: menor necesidad de reintervenciones quirúrgicas, lo cual reduce costos a largo plazo.
- c. Recuperación acelerada: los pacientes tienden a recuperarse más rápidamente, disminuyendo el tiempo de hospitalización y los costos asociados.

En términos de costo-beneficio, aunque la inversión inicial en la terapia E-VAC puede ser alta, los beneficios en términos de

reducción de complicaciones, menor tiempo de hospitalización y mejor calidad de vida del paciente pueden justificar el costo, especialmente en casos complicados.

Las opciones de manejo endoscópico tradicionales pueden ser más económicas inicialmente, pero pueden requerir múltiples intervenciones y no siempre son tan efectivas en casos severos.

En resumen, la terapia E-VAC de presión negativa es una herramienta valiosa en el manejo de complicaciones de la cirugía bariátrica. Su capacidad para mejorar la cicatrización, controlar infecciones y reducir el tiempo de hospitalización la hace una opción importante, aunque costosa, cuyo valor puede ser significativamente alto en términos de resultados clínicos y económicos.

Referencias

1. Kouladouros K. *Applications of endoscopic vacuum therapy in the upper gastrointestinal tract*. World J Gastrointest Endosc. 2023 Jun 16;15(6):420-433. doi: 10.4253/wjge.v15.i6.420. PMID: 37397978; PMCID: PMC10308278.
2. Lang H, Piso P, Stukenborg C, Raab R, Jähne J. *Management and results of proximal anastomotic leaks in a series of 1114 total gastrectomies for gastric carcinoma*. Eur J Surg Oncol 2000; 26: 168-171.
3. Orringer MB. *Reversing esophageal discontinuity*. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2007; 19: 47-55 [PMID: 17403458].
4. Murphy T, Jobe BA. *Endoluminal management of anastomotic dehiscence after esophagectomy: an increasing quiver of options reflects the difficulty in realizing a definitive therapy*. Gastrointest Endosc 2010; 71: 387-389 [PMID: 20152315].
5. Gutschow CA, Schlag C, Vetter D. *Endoscopic vacuum therapy in the upper gastrointestinal tract: when and how to use it*. Langenbecks Arch Surg 2022; 407: 957-964 [PMID: 35041047 DOI: 10.1007/s00423-022-02436-5].
6. Argenta LC, Morykwas MJ. *Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience*. Ann Plast Surg 1997; 38: 563-76.
7. Glass GE, Murphy GF, Esmaili A, Lai LM, Nanchahal J. *Systematic review*

- of molecular mechanism of action of negative-pressure wound therapy.* Br J Surg 2014.
8. De Moura DTH, de Moura BFBH, Manfredi MA, Hathorn KE, Bazarbashi AN, Ribeiro IB, de Moura EGH, Thompson CC. *Role of endoscopic vacuum therapy in the management of gastrointestinal transmural defects.* World J Gastrointest Endosc 2019; 11: 329-344 [PMID: 31205594].
 9. Weidenhagen R, Spelsberg F, Lang RA, Jauch KW, Gruetzner KU. *A New Method for Sepsis Control Caused by Anastomotic Leakage in Rectal Surgery - the Endo-VAC.* Colorectal Disease 2003; 5.
 10. Wedemeyer J, Schneider A, Manns MP, Jackobs S. Endoscopic vacuum-assisted closure of upper intestinal anastomotic leaks. Gastrointest Endosc 2008; 67: 708-711.
 11. Loske G, Müller C. *Endoscopic vacuum-assisted closure of upper intestinal anastomotic leaks.* Gastrointest Endosc 2009; 69: 601-2; author reply 602 [PMID: 19231507 DOI: 10.1016/j.gie.2008.06.058].
 12. Loske G, Schorsch T, Müller C. *Endoscopic vacuum sponge therapy for esophageal defects.* Surg Endosc 2010; 24: 2531-2535 [PMID: 20333402 DOI: 10.1007/s00464-010-0998-x].
 13. Leeds SG, Burdick JS. *Management of gastric leaks after sleeve gastrectomy with endoluminal vacuum (E-Vac) therapy.* Surg Obes Relat Dis 2016; 12: 1278-1285 [PMID: 27178614 DOI: 10.1016/j.soard.2016.01.017].
 14. Smallwood NR, Fleshman JW, Leeds SG, Burdick JS. *The use of endoluminal vacuum (E-Vac) therapy in the management of upper gastrointestinal leaks and perforations.* Surg Endosc 2016; 30: 2473-2480 [PMID: 26423414 DOI: 10.1007/s00464-015-4501-6].
 15. Hwang JJ, Jeong YS, Park YS, Yoon H, Shin CM, Kim N, Lee DH. *Comparison of Endoscopic Vacuum Therapy and Endoscopic Stent Implantation With Self-Expandable Metal Stent in Treating Postsurgical Gastroesophageal Leakage.* Medicine (Baltimore) 2016; 95: e3416.

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:



Senosiain®

95 años
Senosiain®

Cápsula endoscópica de intestino delgado incompleta: factores de riesgo y costo-efectividad de la visualización en tiempo real

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Dra. Ylse Gutiérrez Grobe

Hospital Médica Sur, Ciudad de México

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

La cápsula endoscópica incompleta (CEI) se refiere al examen del intestino delgado (ID) en el que la cápsula no logra llegar al ciego, por lo que el ID no es explorado completamente.

Algunos factores que se han asociado a la falta de cápsula endoscópica (CE) completa incluyen la realización en pacientes hospitalizados, comorbilidades, fármacos que reducen la motilidad intestinal, actividad física reducida, retardo en el vaciamiento gástrico o retención, los cuales pueden ocasionar que la batería de la CE se agote.

La visualización en tiempo real (VTR) monitorea el vaciamiento gástrico, permitiendo la administración de procinéticos a tiempo o la colocación de la CE por endoscopia para prevenir exámenes incompletos. Aunque la última revisión técnica de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) recomienda la VTR, pero se basa en evidencia de baja calidad, por lo que el objetivo de los autores

fue evaluar los factores de riesgo para CEI y el costo-efectividad del uso de la VTR.

Se analizaron los datos de cápsulas PillCam® SB3 (Medtronic, Minneapolis, Estados Unidos) realizadas de 2013 a 2020, tomándose en cuenta los datos demográficos de los pacientes y los hallazgos endoscópicos, así como el análisis de costos directos de la VTR. Los costos analizados fueron: tiempo del personal de enfermería, el uso de una habitación especial, el costo de los procinéticos y del catéter para uso endovenoso, con un costo promedio estimado de 41.4 euros (equivalentes a 799.02 pesos mexicanos. Tasa de cambio: 1 euro = 19.3 pesos, promedio del 12 de julio de 2024).

En total se incluyeron 858 CE de ID, con un promedio de edad de 59 años y el 60% fueron mujeres. El 52.6% de los estudios fueron indicados por hemorragia de ID, seguido por enfermedad celiaca (31.4%), otros síntomas gastrointestinales (7%),

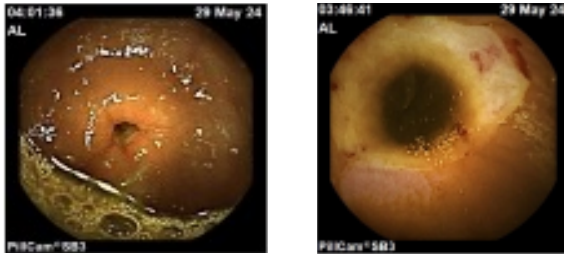


Imagen 1 y 2. Estenosis por enfermedad de Crohn.

enfermedad de Crohn de ID (5.9%) (Imagen 1 y 2) y sospecha de neoplasia (3.1%). Los factores de riesgo presentes en la población se pueden observar en la Tabla 1.

La tasa de CE completa fue de 94.6% y el rendimiento diagnóstico de 50%. La CE fue incompleta en 46 estudios (5.4%). El tiempo de tránsito en ID promedio fue de 04:39:58, el tiempo en ID prolongado ocurrió en 153 (17.8%) y el tiempo gástrico prolongado en 46 de los estudios (5.4%). En los estudios incompletos se observó una tasa mayor de tiempo de tránsito gástrico prolongado comparado con los estudios

Característica	n (%)
Diabetes	84 (9.8)
Narcóticos	46 (5.4)
Enfermedad renal crónica avanzada	48 (5.6)
Enfermedades neurológicas	35 (4.1)
Enfermedad de Crohn	10 (1.2)
Cápsula incompleta previa	21 (2.4)
Cápsula previa con tiempo en estómago prolongado	19 (2.2)
Cápsula previa con tiempo en ID prolongado	38 (4.4)
Paciente hospitalizado	173 (20.2)

Tabla 1. Factores de riesgo.

completos (13% vs 4.9% $p=0.03$). No hubo diferencias significativas en la tasa de CE completa y los tiempos de tránsito no fueron diferentes de acuerdo con la indicación. Los factores de riesgo no modificables que fueron significativos en el

Journal Club desde Birmingham

Novedades en Endoscopía

Miércoles 14 de agosto, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

Sigue la transmisión en vivo

youtube.com/@ameg-cp

ameg
2023-2024

análisis multivariado fueron el estatus de paciente hospitalizado (OR 2.3; IC95% 1.1-4.5) e historia de CEI (OR 4.2; IC95% 1.3 – 13.7 $p=0.02$).

Los costos directos que se estimaron por una hora de monitoreo real fueron de 34.87 euros (672.99 pesos mexicanos). El costo adicional de la metoclopramida y el catéter fue de 6.53 euros (126.02 pesos) en aquellos pacientes que lo requirieron. Durante el tiempo del estudio, el costo total del monitoreo en tiempo real habría sido de 30,030 euros (579,579 pesos) y el tiempo real más aplicación de metoclopramida en los 46 pacientes que se realizó habría sido de 30,352 euros (585,793 pesos mexicanos).

Si la vigilancia en tiempo real se hiciera únicamente en pacientes con factores de riesgo previamente interrogados, el costo total aproximado del monitoreo habría sido de 6,615 euros (127,669.50 pesos) y con aplicación de procinético de 6,706 euros (129,425.8 pesos).

Finalmente, los autores discuten sobre la utilidad de realizar la VTR, ya que esto sigue siendo debatido entre los expertos y es poco aplicado. Por otro lado, la necesidad del uso de procinéticos en tiempo (en los casos de tránsito gástrico prolongado)

podría no ser tan efectiva como se piensa, ya que en este estudio el tiempo de tránsito gástrico prolongado no se asoció a menor tasa de CE completa.

Asimismo, el uso de metoclopramida oral podría reducir el costo total en aquellos pacientes que lo requieren, aunque el uso de la metoclopramida IV se ha extendido por la creencia de que es más eficiente por motivos farmacocinéticos.

Los autores concluyen que el uso habitual del monitoreo en tiempo real en todos los pacientes resulta ser costoso y con poca diferencia en el rendimiento, por lo que se sugiere realizar solamente en pacientes con factores de riesgo; sin embargo, se necesita mayor evidencia para comprobar sus resultados.

Aunque los costos económicos no son extrapolables a nuestra población, los resultados de este estudio podrían ser útiles en nuestro contexto para seleccionar de una manera más activa a los pacientes en quienes realizamos VTR.

Referencias

1. Topa M, Rimondi A, Sorge A. *et al. Incomplete small bowel capsule endoscopy: Risk factors and cost-effectiveness of real time viewing.* Endosc Int Open 2024; 12: E842-E848.



PROGRAMA

LÍDER

LIEEG Ultrasonido

Endoscópico

Curso Internacional

Curso Teórico en línea
13 al 20 de agosto 2024

Curso Práctico presencial
23 y 24 de agosto 2024



Con reconocimiento del Consejo Mexicano de Gastroenterología, A.C.
Con valor de **26.55 puntos**



Tratamiento endoscópico paliativo para ampuloma: endoprótesis

Dr. José Miguel Espinosa González,
Dr. Leonel Hipólito Hernández

Unidad de Endoscopia Terapéutica HUP BUAP

La neoplasia del ampulla de Vater tiene una incidencia menor de 1/100.000 por año, la cual aumenta con la edad; representa el 0.6%-0.8% de los cánceres digestivos.^{1,2} Aproximadamente el 50% de los pacientes se diagnostican en etapa avanzada (tienen metástasis o no es resecable).¹ El carcinoma ampular constituye aproximadamente el 7% de los tumores periampulares y es el grupo más amplio debido al tratamiento y las implicaciones pronósticas.³ La localización anatómica cercana a los epitelios del conducto biliar común, el conducto pancreático y el duodeno permiten que los tres tipos de células puedan ser el origen.^{1,3} El adenocarcinoma es el tipo más común de carcinoma ampular, predominando el subtipo histológico intestinal (47%); otro es el pancreatobiliar (24%).^{1,3,5} Un 20% de los cánceres ampulares incluyen ambos subtipos y se describen como "tipo mixto".¹



Imagen 1. Ampuloma.

El diagnóstico se puede inferir de acuerdo con sus características clínicas (dolor, ictericia), biológicas (colestasis, pancreatitis) y se determina con estudio endoscópico e histopatológico. La Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) sugiere el uso de cromoendoscopia digital de alta resolución para el diagnósti-

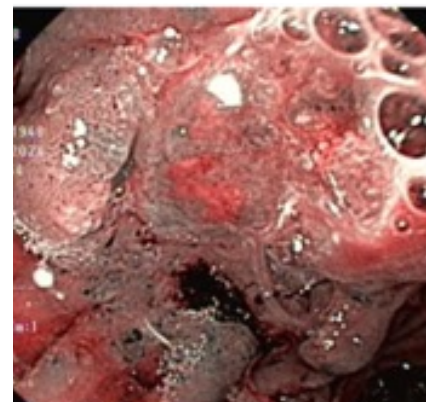


Imagen 2. Aplicación de NBI, zonas avasculares.

co endoscópico de tumores ampulares. El uso de Narrow Band Imaging (NBI) presenta sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión del 69%, 100%, 100%, 85% y 89%, respectivamente.² La biopsia endoscópica y el examen histológico se consideran obligatorios en el diagnóstico de tumores ampulares. La

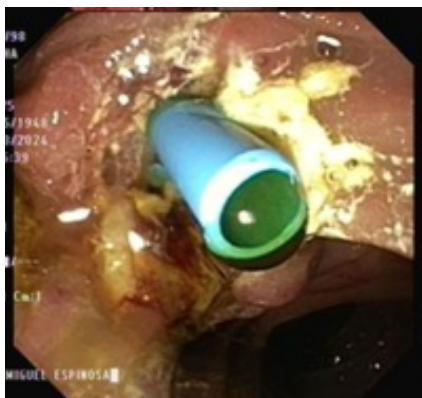


Imagen 3. Endoprótesis plástica.

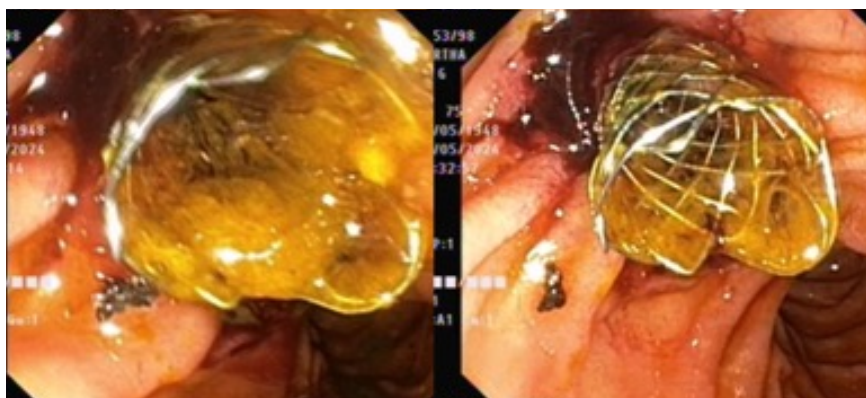


Imagen 4. Endoprótesis metálica autoexpandible parcialmente cubierta.

tasa de subestimación histológica puede alcanzar el 30%.²

Los estudios para estadificación son la ecografía transabdominal, la tomografía computarizada (TC), la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), el ultrasonido endoscópico (USE), la duodenoscopia y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).² De manera general las tasas de supervivencia a cinco años varían entre el 10% y el 75% en la etapa localizada y el 4.7% en la etapa metastásica.¹

La mayoría de los tumores ampulares no invasivos de la papila mayor son asintomáticos y se detectan durante la endoscopia superior convencional realizada por otra indicación. También pueden presentarse con ictericia (16.6%), dolor (14.4%), pancreatitis (4.1%) y colangi-

tis (1%), y pueden asociarse con cálculos en el colédoco hasta en un 38% de los casos.²

En cuanto al tratamiento, para aquellos que se presentan en una etapa temprana, el *gold standard* ha sido la resección quirúrgica con pancreatoduodenectomía. Sin embargo, sólo el 40% se somete al procedimiento debido a que se presentan estadios avanzados y por los riesgos de la resección quirúrgica. En etapas tempranas es factible realizar abordaje endoscópico con ampulectomía con altas posibilidades de recurrencia.³

En etapas avanzadas, las opciones disponibles para el tratamiento paliativo de la obstrucción maligna del árbol biliar incluyen coledocoyeyunostomía, drenaje percutáneo externo/interno y técnicas endoscópicas.⁴ En la década de 1990,

las intervenciones endoscópicas para el diagnóstico y paliación de las enfermedades obstructivas la ictericia se hizo más ampliamente disponible, siendo actualmente la colocación de *stents* durante la CPRE el método preferido para paliar la ictericia obstructiva en pacientes con enfermedad irresecable.⁵ El drenaje biliar endoscópico tiene una tasa de éxito de 80% al 90% a corto plazo <90 días en el contexto de obstrucción del conducto biliar distal, aunque puede presentar complicaciones de hasta el 10%, entre las que se encuentran colangitis, hemorragia y pancreatitis por CPRE.⁶

Los avances en la tecnología endoscópica han permitido la colocación exitosa de *stents* en más del 90% de los pacientes durante la CPRE con la misma eficacia, pero menos morbilidad en compa-

ración con la paliación quirúrgica con *bypass* bilioentérico.⁵ Los riesgos asociados a la colocación de *stents* incluyen colangitis (35%), pancreatitis aguda (29%), sangrado (23%), perforación (6%) y migración temprana del *stent* (3%).⁵ La evidencia reciente muestra la superioridad de los *stents* metálicos autoexpandibles (SEMS) sobre los plásticos, con respecto al tiempo de permeabilidad del *stent*, las tasas de complicaciones y las reintervenciones.⁴

Un ejemplo de tratamiento paliativo mediante endoscopia para un ampuloma encontrado por el Servicio de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla fue una paciente de 75 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide y enfermedad renal crónica KDIGO GIIIb. Fue vista por nosotros por ictericia obstructiva y en la CPRE se encontró papila mayor con pérdida de su anatomía, se toman biopsias y se colocó endoprótesis plástica.

El reporte histopatológico fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se realizó TAC trifásica que reportó estatus de derivación biliar sin evidencia de disfunción, con imágenes múltiples heterogéneas, con distribución en múltiples segmentos hepáticos con realce al medio de contraste, compatible con metástasis. Al mes presentó disfunción de endoprótesis plástica y, debido al hallazgo de TAC, así como al estar fue-

ra de tratamiento quirúrgico y con sobrevida esperada mayor a tres meses, se decidió colocación de prótesis metálica Wallflex® autoexpandible 8fr x 8cm parcialmente cubierta.

En 2018, Liu P, *et al*, realizaron un estudio en el cual incluyeron cuatro ensayos (tres controlados aleatorios [ECA] y uno clínico prospectivo) con 392 pacientes. De estos, 174 recibieron *stents* metálicos para derivación biliopancreática y 218 pacientes recibieron *stents* de plástico. El grupo de *stents* metálicos tuvo una tasa significativamente menor de reintervención endoscópica (OR = 0.30, IC del 95% = 0.13-0.73, P = 0.008) en comparación con el grupo de *stents* plásticos.⁷

En los casos de CPRE-drenaje biliar, la colocación de un *stent* metálico autoexpandible es una buena indicación para pacientes cuyo pronóstico se espera sea superior a dos meses.⁶

Hay dos tipos de SEMS: se considera que los cubiertos previenen el crecimiento de tumores y son fáciles de extirpar, mientras que los SEMS descubiertos no migran y previenen la pancreatitis aguda.⁶

El ampuloma es una patología infrecuente de la vía biliar, que suele presentarse en edades y estados avanzados, por lo que las opciones terapéuticas suelen ser paliativas, entre las que se encuentran las opciones quirúrgicas y endoscópicas. Debi-

Journal Club de

Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 21 de agosto, 21:00 hrs.

Coordinador:

Dr. Félix Téllez Ávila

Sigue la transmisión en vivo

 youtube.com/@ameg-cp

 ameg



do a los avances tecnológicos en la endoscopia, el tratamiento paliativo mediante esta resulta con un mejor pronóstico y una menor morbilidad.

Es importante promocionar que los centros especializados conozcan la patología y el tratamiento adecuado, así como las nuevas opciones terapéuticas para un mejor pronóstico de los pacientes.

Referencias

1. Walter D, Schnitzbauer AA, Schulze F, Trojan J. *The Diagnosis and Treatment of Ampullary Carcinoma*. Dtsch Arztebl Int. 2023 Oct 27;120(43):729-735. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0195. PMID: 37656482; PMCID: PMC10714289.
2. Vanbiervliet G, Strijker M, Arvanitakis M, Aelvoet A, Arnelo U, Beyna T, Busch O, Deprez PH, Kunovsky L, Larghi A, Manes G, Moss A, Napoleon B, Nayar M, Pérez-Cuadrado-Robles E, Seewald S, Barthet M, van Hooft JE. *Endoscopic management of ampullary tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. Endoscopy. 2021 Apr;53(4):429-448. doi: 10.1055/a-1397-3198. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33728632.
3. Regalla DKR, Jacob R, Manne A, Paluri RK. *Therapeutic options for ampullary carcinomas*. A review. Oncol Rev. 2019 Sep 10;13(2):440. doi: 10.4081/oncol.2019.440. PMID: 31565197; PMCID: PMC6747019.
4. Chuanguo Zhou, Baojie Wei, Jianfeng Wang, Qiang Huang, Hui Li, Kun Gao, "Self-Expanding Metallic Stent Fracture in the Treatment of Malignant Biliary Obstruction", *Gastroenterology Research and Practice*, vol. 2018, Article ID 6527879, 10 pages, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/6527879>.
5. Perone, J. A., Riall, T. S., & Olino, K. (2016). *Palliative Care for Pancreatic and Periapillary Cancer*. Surgical Clinics of North America, 96(6), 1415–1430. doi:10.1016/j.suc.2016.07.012.
6. Simkhada, S., Aryal, S., Osei, A.D., Pokharel, A., Matar, R. and Maitar, M. (2022) *Advanced Endoscopic Palliation of Unresectable Periapillary Carcinoma: A Systematic Review*. Open Journal of Gastroenterology, 12, 249-262. <https://doi.org/10.4236/ojgas.2022.1210025>.
7. Liu P, Lin H, Chen Y, Wu YS, Tang M, Liu C. *Comparison of Metal and Plastic Stents for Preoperative Biliary Drainage in Resectable and Borderline Resectable Periapillary Cancer: A Meta-Analysis and System Review*. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2018 Sep;28(9):1074-1082. doi: 10.1089/lap.2018.0029. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29668371.



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.

Brotes de infección asociados al uso de duodenoscopios

Un llamado a la atención y a las buenas prácticas en reprocesamiento de dispositivos

Dr. Jony Cerna Cardona

Se estima que en Estados Unidos se realizan anualmente 500,000 procedimientos de colangiografía endoscópica (CPRE), considerados como unos de los procedimientos endoscópicos más exigentes desde el punto de vista técnico.

Desde hace algunos años atrás, se ha publicado sobre diversos brotes de infección por microorganismos multidrogoresistentes asociados a duodenoscopios, que han llamado la atención de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos y han permitido modificar el diseño de los duodenoscopios disponibles en la actualidad (Imagen 1).^{1,2}

Se han identificado diversos factores que contribuyen a estos brotes: el diseño complejo del instrumento, las prácticas de reprocesamiento y las estrategias de vigilancia para detectar la colonización del paciente y del instrumento (específicamente la toma de muestras de cultivo).³

El reprocesamiento es el proceso validado de limpieza y posterior desinfección o esterilización de endoscopios y accesorios, el cual incluye los pasos siguientes: limpieza inicial en el punto de uso, transporte, prueba de fugas, lavado, enjuague, inspección visual, desinfección de alto nivel (DAN) o esterilización, enjuague, secado y almacenamiento (Tabla 1).⁴



Imagen 1. Duodenoscopio Olympus® con punta desmontable descartable que permite una mejor limpieza de la punta del duodenoscopio y del elevador (TJF-Q190V Duodenoscope | Olympus America | Medical).

Parámetro a evaluar
Prelimpieza
Realiza sus pruebas de agua y aire en un recipiente.
Al terminar el procedimiento, limpia con gasas y detergente el tubo de inserción.
En el riñón, haz la aspiración de detergente y agua.
Utiliza la válvula o tarjeta del canal irrigador.
Transporte
Transporta el endoscopio en el contenedor.
Utiliza equipo de protección personal especializado.
Prueba de fugas
Realiza prueba de fugas e inspección visual del equipo.
Limpieza manual
Realiza lavado general con esponja sumergida en detergente.
Cepilla los espacios de las válvulas y sus canales.
Enjuague
Realiza el enjuague del endoscopio y sus canales.
Inspección visual
Realiza pruebas de inspección de limpieza.
Desinfección de alto nivel manual
- Verifica características microscópicas del desinfectante.
- Verifica viabilidad y concentración mínima efectiva del desinfectante.
- Sumerge todo el endoscopio y accesorios de este, perfunde canales de trabajo con desinfectante.
- Tiempo de inmersión adecuado de acuerdo con el desinfectante.
Enjuague
Realiza enjuague con agua estéril.
Secado
Secado con alcohol al 70-90% y uso de aire comprimido.
Almacenamiento
Almacenamiento adecuado.
Control microbiológico periódico.

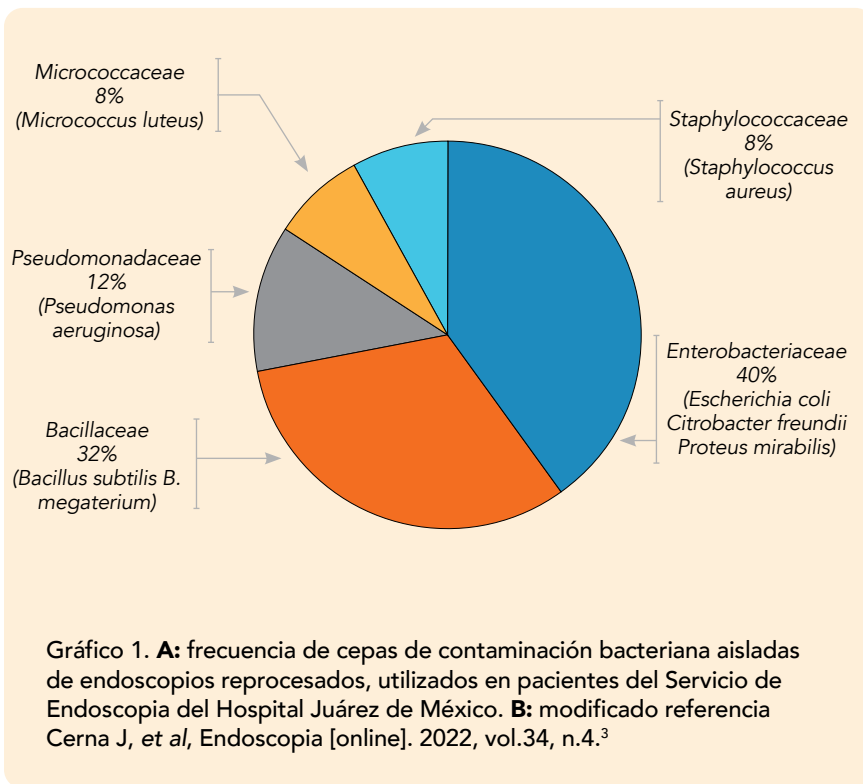
Recientemente se publicó el proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA-2024, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en cuyo apartado A-2 se especifican las directrices a seguir para un adecuado procesamiento de los endoscopios, así como las condiciones mínimas necesarias para reducir de manera significativa las IAAS.⁵

En el trabajo publicado por Cerna J, y cols, se demostró la importancia que tiene la adecuada toma de muestras de cultivos de los endoscopios para lograr el aislamiento de bacterias que colonizan los endoscopios.

Se propone realizar irrigación a presión controlada con 20 ml de agua estéril de los canales de trabajo y aspiración, posteriormente cepillado de los canales y el agua resultante del riego tras el cepillado se recoge en un tubo estéril de 50 ml y se almacena a 4oC antes del análisis microbiológico. Las muestras de agua de cada canal se recolectan por separado para cultivo microbiológico. Este cambio en la toma de las muestras permite el aislamiento de diversos microorganismos, tanto patógenos y no patógenos (Gráfico 1).³

Es de suma importancia que todos los endoscopistas que nos dedicamos a la vía biliar conozcamos los diversos pasos en el procesamiento de los duodenoscopios y realicemos cultivos microbiológicos periódicos a los equipos con técnicas de muestreo adecuado, que permitan impactar directamente en la reducción de la incidencia de IAAS y así proporcionar una atención con seguridad, calidad y calidez a nuestros pacientes.

Tabla 1. Lista de cotejo para el adecuado reprocesamiento de los endoscopios flexibles.⁴



Referencias

1. Ofstead CL, Buro BL, Hopkins KM, Eiland JE, Wetzler HP, Lichtenstein DR. *Duodenoscope-associated infection prevention: A call for evidence-based decision making*. Endosc Int Open. 2020 Dec;8(12):E1769-E1781. doi: 10.1055/a-1264-7173. Epub 2020 Nov 17. PMID: 33269310; PMCID: PMC7671768.
2. Risk evaluation of duodenoscope-associated infections in the Netherlands calls for a heightened awareness of device-related infections: a systematic review. Endoscopy. 2022; 54: 148-155.
3. Cerna J, et al. *Influencia de la técnica de muestreo en los resultados microbiológicos obtenidos de endoscopios flexibles reprocessados*. Endoscopia [online]. 2022, vol.34, n.4.
4. Blanco C, et al. *Consenso de procesamiento de endoscopios flexibles*. Endoscopia [online]. 2022, vol.34, n.1.
5. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5732885&fecha=09/07/2024#gsc.tab=0.

Journal Club desde Birmingham

Novedades en Endoscopia

Miércoles 28 de agosto, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

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



ameg
2023-2024



Acapulco, Gro.
del 12 al 16 de Septiembre 2024

CONVOCATORIA

VIDEOFORUM NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ENDOSCOPIA

Se invita a todos los asociados para participar en el video forum a celebrarse durante la LII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal, que se llevará a cabo el 16 de septiembre en Palacio Mundo Imperial, Acapulco Guerrero.

Bases

- Ser asociado de AMEG al corriente.
- Enviar un video (en formato mp4) que muestre:
 - Una nueva técnica endoscópica
 - Un nuevo procedimiento en endoscopia.
 - Un nuevo accesorio endoscópico.
 - Un nuevo uso de un accesorio conocido.
 - Un caso interesante resuelto con una técnica innovadora
- Enviar una descripción del video.
- La duración del video deberá ser de entre 5 y 8 minutos, podrá ser un video original o editado.
- La fecha para la recepción de videos será del 1 julio al 15 de agosto de 2024.
- Enviar el video a: logistica@amegendoscopia.org.mx

Un Comité Evaluador seleccionará los videos a presentarse por el autor de manera presencial en el Video Forum.

Los videos seleccionados serán presentados de manera presencial por su autor durante el Video Forum, que se llevará a cabo dentro del marco de la LII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal 2024, en Palacio Mundo Imperial de Acapulco, Guerrero.

Al final de la presentación de cada video en el Video Forum se permitirá la discusión sobre la temática abordada por el video.

Como reconocimiento a su presentación y participación de manera presencial en el Video Forum, se otorgará un premio a los primeros lugares de los videos seleccionados.

Indicadores de calidad en la cápsula endoscópica

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Antes del procedimiento

1. Frecuencia con la que se demuestra competencia en cápsula endoscópica (CE). El entrenamiento formal se puede obtener durante la especialidad o en un curso posgrado. Así como para cualquier procedimiento en endoscopia, se requiere un mínimo estándar de procedimientos para que se considere competente.

En 2017, la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) recomendó la realización de 20 CE, mientras que en 2019 la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) recomendó que se requieran de 30 a 50 estudios de CE.

2. Frecuencia de llevar a cabo una CE para una indicación que ya está documentada. En el caso de que se lleve a cabo una CE y no esté estandarizada la indicación, esta deberá ser justificada. Las indicaciones se muestran en la Tabla 1.

3. Frecuencia con la que se obtiene un consentimiento informado que incluya los riesgos asociados con CE. El consentimiento informado deberá obtenerse antes de realizar la CE y deberá incluir una lista de eventos relevantes que incluya la retención de la cápsula.

Si la cápsula se coloca por vía endoscópica, también deben incluirse los riesgos de la esofagoduodenoscopia

Apropiadas (ASGE/ESGE)	Rendimiento bajo
Hemorragia GI oscura/sospecha de hemorragia de intestino delgado	Dolor abdominal
Anemia por deficiencia de hierro	Diarrea
Enfermedad de Crohn (conocida o sospecha)	Malabsorción
Síndromes de poliposis hereditarios (PAF, Peutz Jeghers)	Anemia por deficiencia de hierro sin hemorragia GI
Imagen anormal del intestino delgado	
Enfermedad celiaca refractaria o complicada	

Tabla 1. Indicaciones de cápsula endoscópica

gia (EGD). Aunque la retención de la capsula patency es rara, también deberá especificarse. Otros riesgos que deben ser incluidos son las lesiones que se pierdan, apagado de la batería antes que la cápsula alcance el ciego (examen

incompleto); esto se presenta del 16%-20% y usualmente es ocasionado por un tránsito intestinal lento. Esto puede evitarse si se usan baterías con una duración mayor o colocando la cápsula directamente en el intestino delgado.

También se debe recomendar a los pacientes que no se realicen una resonancia magnética (RM) hasta que se confirme que la cápsula pasó el recto por riesgo de migración y porque la cápsula puede interferir con la realización de la RM; aunque se debe realizar hasta que se expulse.

Contraindicaciones: las contraindicaciones absolutas de una CE son las estenosis, a menos que se planee una cirugía; perforaciones documentadas y sospecha o confirmación de una obstrucción intestinal en pacientes que se rehúsan o no son candidatos a cirugía.

Una contraindicación relativa es el embarazo por el riesgo que conlleva el retiro de esta por vía endoscópica o quirúrgica; sin embargo, la CE deberá retrasarse lo más que se pueda hasta el alumbramiento. Otras contraindicaciones relativas son la edad menor a dos años y la presencia de dispositivos cardíacos implantados (marcapasos, desfibriladores).

4. Frecuencia con la que se lleva a cabo una prueba para valorar la viabilidad de la luz intestinal antes de realizar la CE en pacientes con factores de riesgo para su retención en el intestino delgado. Se deberán evaluar los factores de riesgo en todos los pacientes que se vayan a someter a CE, incluyendo enfermedad de Crohn, historia de obstrucción intestinal o resección previa (riesgo de adherencias), radioterapia pélvica o abdominal previa, uso crónico de AINEs a dosis altas y estenosis o tumores. En caso de que exista alguno de ellos, el paciente debe someterse a una prueba con la cápsula patency, una enterografía por tomografía computada (TC) o RM o una combinación de estos antes de que se le dé la CE.

La retención de la cápsula está definida como la presencia de la cápsula en el intestino por dos o más semanas. Esto se presenta en el 2.1% de los pacientes que se someten a CE por hemorragia, 2.2% de aquellos con dolor abdominal o diarrea, 2.4% con sospecha de enfermedad de Crohn y 4.6% o más de aquellos con enfermedad de Crohn ya conocida. La cápsula patency tiene el mismo tamaño que la cápsula actual, pero posee un recubrimiento externo de parileno que se disuelve después de 30 horas. Predice el paso seguro de una



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




CE estándar con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 83%.

Aunque el riesgo de retención es menor con el uso de cápsula patency, la realidad es que sí se han llegado a reportar retenciones con esta, motivo por el cual es importante llevar a cabo una radiografía abdominal que nos asegure que ya pasó al colon.

5. **Frecuencia para llevar a cabo una CE en caso de sospecha de hemorragia de intestino delgado.** Idealmente debe llevarse a cabo a las 48 horas de que se hospitaliza al paciente con una exactitud diagnóstica de más del 90% de los casos. Esto disminuye morbilidad y disminución en los reinternamientos. Para los pacientes externos, el realizar la CE a los 14 días también ayuda en lograr la exactitud diagnóstica.

Durante el procedimiento

1. **Frecuencia con la que se lleva a cabo la CE en pacientes que no pueden deglutir la cápsula o en aquellos con riesgo de retención gástrica.** La ingestión de la cápsula por vía oral es una contraindicación relativa para pacientes con dificultad para deglutir o alteraciones de la motilidad gástrica. Los ries-

gos específicos incluyen la aspiración de la cápsula para pacientes con disfagia orofaríngea, retención con disfagia esofágica o divertículo de Zenker y retención gástrica en caso de gastroparesia.

En estos casos se debe recurrir a la colocación de la cápsula en el intestino delgado por medio de esofagogastroduodenoscopia (EGD). Se debe llevar a cabo un interrogatorio minucioso que incluya a las siguientes condiciones: daño neuromuscular o disfunción faríngea o esofagagástrica, aspiración, divertículo de Zenker, estenosis esofágica, esofagitis eosinofílica y aperistalsis asociada con acalasia o esclerodermia. También deberán considerarse para colocación por medio de EGD los pacientes con alteración en el estado mental, estudio de cápsula incompleto, pacientes postrados en cama y niños menores de dos años.

Después del procedimiento

1. **Frecuencia para documentar a través de fotografías y el tiempo del tránsito por el intestino delgado (SBTT).** La documentación de fotografías de las lesiones de interés y ciertos puntos de referencia son el protocolo estándar cuando se interpretan las CE.



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

SEGE
Sociedad Mexicana
de Endoscopia
www.gimex.com

Específicamente, la primera imagen duodenal y cecal (o del estoma) permiten el cálculo del SBT, lo que facilita la estimación de la localización anatómica de los hallazgos relevantes y la elección apropiada de la vía de la enteroscopia (anterógrada vs retrograda). Las lesiones que se identifican en el primer 60% del SBT son accesadas por vía anterógrada, mientras que las que se encuentran más allá de ese 60% usualmente se alcanzan por vía retrograda. Las alteraciones siempre deberán ser documentadas con fotografías y descritas con términos estandarizados.

2. **Frecuencia con la que se puede recomendar un tratamiento en base a los hallazgos de la CE.** La CE es considerada una prueba diagnóstica más no terapéutica y, en caso de que se requiera continuar con una enteroscopia, deberá especificarse la sugerencia en el reporte y la vía que se va a llevar a cabo, además de los hallazgos diagnósticos, las imágenes o, incluso, la necesidad de cirugía.
3. **Frecuencia de utilizar un método de lectura estandarizado de CE para la interpretación del video.** Como en cualquier pro-

cedimiento endoscópico, es importante llevar a cabo una interpretación sistemática para que sea considerado un estudio de calidad. Además de reportar los puntos de referencia, se sugiere documentar si la cápsula alcanzó el ciego y la calidad de la preparación. La reproducción del video puede verse en modalidad marco único, dual o múltiple. La velocidad máxima recomendada para el marco único son 15 imágenes por segundo y para el dual de 20 imágenes por segundo. Si se utiliza una velocidad mayor se corre el riesgo de no visualizar las lesiones.

4. **Frecuencia con la que se documenta una visualización de la mucosa completa y adecuada.** Para que una CE se considere de utilidad clínica debe cumplir con la característica de estudio completo, un SBT de dos horas o más y la evaluación de la calidad en la preparación intestinal.
5. **Frecuencia con la que se da el seguimiento a los efectos adversos y se da el tratamiento adecuado.** Los efectos adversos rara vez se presentan con CE, sin embargo, cuando llega a ocurrir se recomienda que se especifique si fue antes, durante o después del procedimiento. Deberán incluirse los asociados con



la preparación intestinal, los llevados a cabo antes del procedimiento, aspiración, perforación y retención de la cápsula. En el caso de aspiración, el paciente deberá someterse a una broncoscopia urgentemente.

6. Frecuencia de llevar a cabo una radiografía abdominal a los dos semanas o más de ingerir la CE y que se observe que no llegó al ciego o no fue expulsada. La retención debe ser sospechada cuando no se visualice la cápsula en el colon o el estoma en un paciente asintomático al momento de la lectura de esta y cuando el paciente no la haya visto en sus excretas o cuando tenga síntomas de una probable obstrucción o perforación. Lo que se recomienda es tomar una radiografía de abdomen. Si se identifica la retención y el paciente está asintomático, sólo debe ser monitorizado a menos que se sospeche que la retención sea por un tumor maligno. Si el paciente está sintomático, deberá someterse urgente a endoscopia (enteroscopia puede ser una opción) o cirugía para retirar la cápsula.

7. Frecuencia con la que se presenta un reporte completo. En la Tabla 2 se especifican los componentes básicos: fecha de

Componentes clave
Indicación e historia clínica breve
Ingestión oral o endoscópica
SBTT y gástrico
Calidad en la preparación intestinal y mencionar si es adecuada
Hallazgos diagnósticos
Imágenes de los puntos de referencia
Especificación de estudio completo
Comentar si hubo retención de la cápsula

Tabla 2. Componentes de calidad del reporte de una CE.

nacimiento y nombre del paciente, fecha del procedimiento, confirmación del consentimiento informado, indicación, mención de la colocación de la cápsula (endoscópica u oral) y estudio adecuado que especifique si la capsula alcanzó el ciego o el estoma, y la calidad en la visualización de la mucosa del intestino delgado.



ameg
2023-2024

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



**Encuentro Internacional
de Intestino Medio**
15 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial



Reporte de caso:

Enfermedad injerto contra huésped gastrointestinal aguda e infección por adenovirus posterior a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticas

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Gastroenterología y nutrición pediátrica. Endoscopia digestiva pediátrica.
Star Médica Hospital Infantil Privado, Ciudad de México, México.

Dra. Martha Verónica López Ugalde

Gastroenterología y nutrición pediátrica. Endoscopia digestiva pediátrica.
Centro Médico San Cristóbal, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Dr. Gerardo López Hernández

Hematólogo pediatra. Alta especialidad en trasplante de progenitores hematopoyéticos.
Star Médica Hospital Infantil Privado, Ciudad de México, México.

Presentación de caso

Femenino de ocho años, originaria y residente del estado de Chiuhuahua, México. Diagnóstico de leucemia mieloblástica aguda de alto riesgo por citogenética compleja (46, XX, -5 der(6)t(6;16)(q11.1; q11.1), der(15)t(5;15)(q31;q22), -16, +mar), enfermedad residual mínima positiva al final de la inducción a la remisión, quien tuvo recaída temprana a medula ósea a los 32 meses

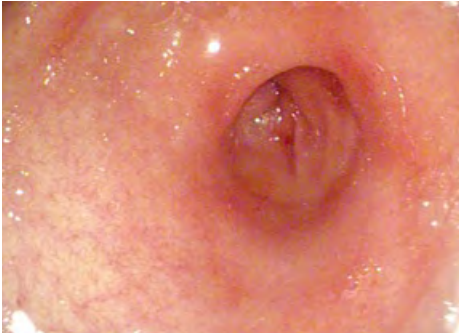
de primera remisión, por lo que se decidió realizar un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticas (alo-TPH) de donante haploidéntico emparentado (hermano de trece años), isogrupo sanguíneo y riesgo intermedio para citomegalovirus.

Su acondicionamiento consistió en fludarabina 30 mg/m² del -6 al -2, ciclofosfamida (Cy) 14.5 mg/kg días -6 y -5, e irradiación corporal total 400 cGy el -1. La profilaxis contra enfermedad de injerto contra hospedero (EICH) fue con Cy 50 mg/kg en el +3 y +4, además de micofenolato de mofetilo (MMF) 30 mg/kg y tactolimus 0.06 mg/kg a partir del +5.

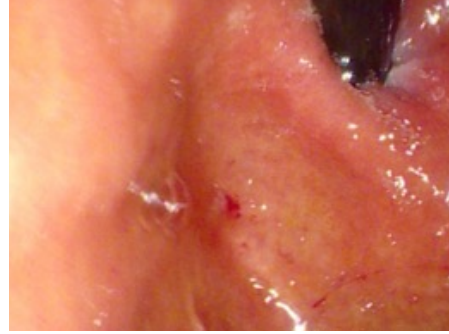
Dos meses después (<100 días pos alo-TPH) la paciente inició con dolor abdominal, diarrea acuosa de gran volumen (1,000-1,500 gr/día), sangrado fresco en evacuaciones, vómito e hiporexia.

Se le realizó una panendoscopia y colonoscopia inicial con toma de biopsias, observando lo plasmado en las Imágenes A-F.

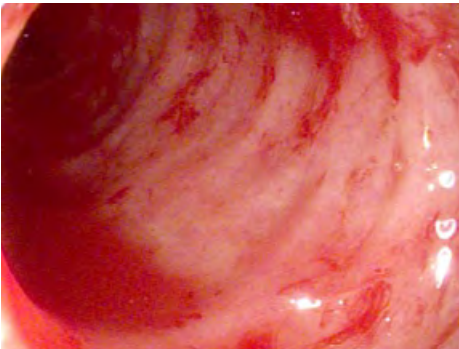
Se tomaron biopsias de bulbo duodenal, antro y fondo gástrico, esófago distal, íleon, colon derecho, izquierdo y recto, de acuerdo con protocolo para EICH. Patología reportó cambios histológicos que posiblemente corresponden a EICH aguda



A. Antro gástrico.



B. Fondo gástrico.



C. Segunda porción del duodeno.



D. Recto.



E. Colon descendente.



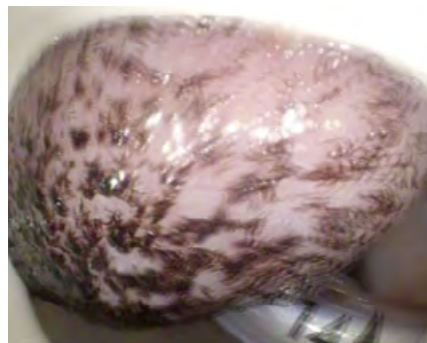
F. Ciego y válvula ileocecal.

(EICH-a) en estómago y duodeno. En colon derecho tejido de granulación sin presencia de criptas colónicas; colon izquierdo con mucosa sustituida en su totalidad por tejido de granulación, con criptas colónicas en apoptosis, cambios histológicos que posiblemente corresponden a EICH-a; recto con tejido de granulación sin presencia de criptas colónicas; íleon con fragmentos de tejido de granulación, con recubrimiento focal por enterocitos en apoptosis, cambios histológicos que posiblemente corresponden a EICH-a. También se consideró, por su parte, que estos cambios pueden estar relacionados con el uso de fármacos (inhibidor de bomba de protones y micofenolato de mofetilo), ya que se observaron eosinófilos.

Inició tratamiento con metilprednisolona 2 mg/kg y MFM. Posterior al inicio de tratamiento, la paciente mostró discreta mejoría, sin embargo, diez días después el sangrado digestivo incrementó de forma importante, el cual se hizo fresco y abundante, requiriendo transfusión de concentrados eritrocitarios y plaquetas de forma frecuente, además de fiebre.

Se decidió realizar una nueva panendoscopia y rectoscopia con toma de biopsias por la sospecha de sobreinfección viral, observando lo plasmado en las Imágenes G-M.

Se tomaron biopsias de antro gástrico y recto solamente por la presencia de sangrado, el cual, tras la aplicación de *hemostasy* logró controlarse por alrededor de tres días. Patología reportó en biopsias de antro gástrico y recto fragmentos de tejido con acentuada fibrosis, con denudación de la mucosa superficial y destrucción glandular difusa, las escasas glándulas residuales se observan atróficas, con cambios regenerativos intensos. Hay inflamación linfoplasmocitaria acompañada de escasos polimorfonucleares. Reacción inmunohistoquímica



G. Lengua.



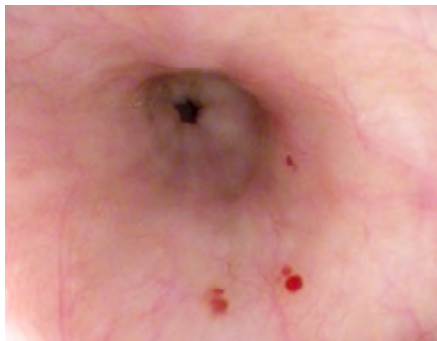
LII
Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte



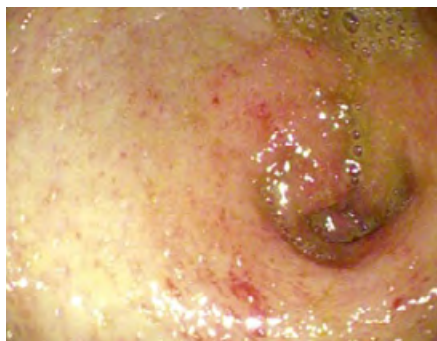
**Encuentro Internacional
de Residentes**
15 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial

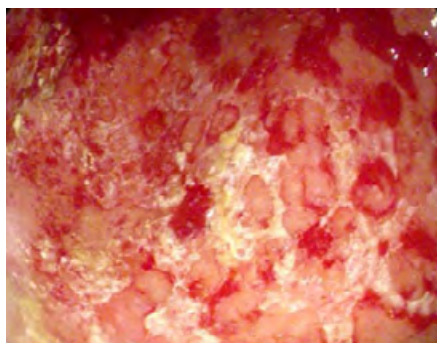


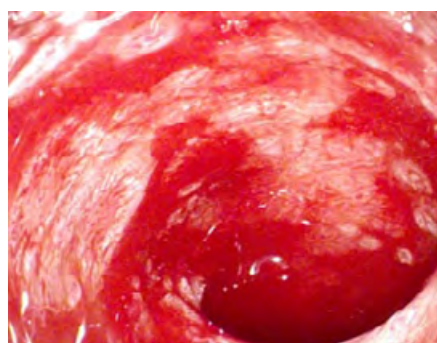
H. Esófago.



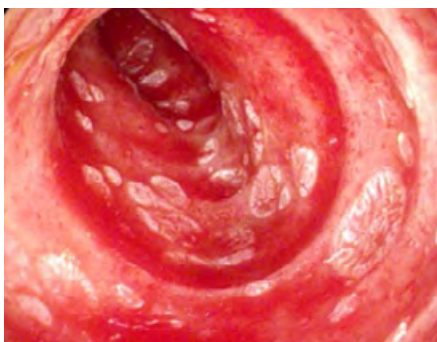
I. Antro gástrico.



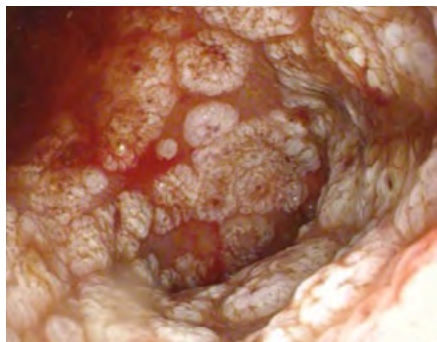
J. Fondo gástrico.



K. Bulbo duodenal.



L. Segunda porción del duodeno.



M. Recto.

para citomegalovirus (CMV) negativa, al igual que en la tinción de Grocott para hongos y bacterias, en la cual no se observan microorganismos infectantes.

Las tinciones en tejido parafinado pueden no ser útiles para confirmar la presencia de agentes infecciosos, por lo que se sugirió correlacionar con resultados de laboratorio (serología, cultivos y reacción en cadena de polimerasa en tiempo real [RT-PCR]).

Se realizó entonces panel gastrointestinal para el sistema de PCR multiplex FilmArray en heces y determinación de ADN viral por RT-PCR en sangre, resultando negativo el estudio en evacuaciones.

Desafortunadamente, la paciente falleció a consecuencia de la progresión de la EICH a falla orgánica. Posterior a su defunción se reportó RT-PCR para ADN de adenovirus positivo en sangre.

Discusión

Los pacientes que son sometidos a TPH pueden sufrir un gran número de complicaciones, las cuales llegan a afectar varios órganos e influir en la calidad de vida, duración de hospitalización y pronóstico del trasplante. La EICH es una complicación común y multisistémica del alo-TPH. Es el resultado de la respuesta fisiológica de un injerto inmunocompetente (los progenitores hemopoyéticos del donante) al ser implantado en un organismo ajeno (el huésped).¹

La EICH se ha dividido clásicamente en aguda o crónica de acuerdo con el momento de aparición con un corte de cien días. Sin embargo, debido a que los síntomas de la EICH aguda (EICH-a) y crónica (EICH-c) pueden aparecer fuera de estos periodos, se utilizan más bien los síntomas más que un periodo de tiempo para diferenciarlas.²

La EICH-a se clasifica de acuerdo con su severidad en grado 0 a IV, en donde se considera la extensión de la afección en

piel, los niveles de bilirrubina total, el gasto fecal y la presencia de síntomas digestivos superiores (náusea, vómito, anorexia).² La presentación clínica más frecuente de la EICH comprende la piel, tracto gastrointestinal (GI) y/o el hígado.³ Cuando la EICH involucra el tracto GI puede ser a nivel superior, inferior o ambos, y se presenta generalmente con dolor abdominal, diarrea, así como náusea, vómito y anorexia.⁴

La EICH-a es la causa más común de diarrea después de un TPH, representando el 64% de los casos en estudios prospectivos.⁵ La diarrea infecciosa y la toxicidad por drogas son causas menos frecuentes de diarrea pos-TPH, sin embargo, es importante excluirlas antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor su manejo. Algunas de las causas de diarrea infecciosa en este ámbito incluyen *Clostridium difficile*, CMV, adenovirus y virus entéricos, siendo adenovirus responsable hasta en un 15% de los casos.⁶

Aunque el diagnóstico de EICH-a GI se sustenta en criterios clínicos, la endoscopia con análisis del tejido afectado se considera una herramienta importante para su diagnóstico histológico, así como sus diferenciales, particularmente la rectosigmoidoscopia y panendoscopia con toma de sus respectivas biopsias.⁷

Debido a la falta inicial de respuesta al tratamiento en nuestra paciente, la inmunosupresión y las imágenes endoscópicas no compatibles solamente con EICH-a GI, la sospecha de sobreinfección viral siempre debe de ser considerada como una probabilidad.

La infección primaria por adenovirus humano (HAdV) generalmente ocurre durante la infancia; el virus entra a los linfocitos T, tejidos u órganos (amígdalas, adenoides, mucosa intestinal, pulmonar, cerebro) a través de receptores como el CD46 o integrinas y persiste durante toda la vida. Cuando hay una reducción de la inmunidad celular (células T) puede disparar

la reactivación de la replicación viral, infección y enfermedad por adenovirus humano.

Tomando en cuenta lo anterior, los principales factores de riesgo en estos pacientes son la depleción de las células T en el receptor por el acondicionamiento pre-TPH, la EICH grado III-IV, el tipo de donador (no emparentado), el origen de los progenitores hematopoyéticos (haploindéntico > donante emparentado compatible > cordón umbilical), la reconstitución inmunológica pos-TPH (linfopenia grave [$<0.2 \times 10^9/L$]), así como el empleo de inmunosupresores para evitar el rechazo, y la EICH. La infección previa por adenovirus se correlaciona con un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad por adenovirus humano y una mayor mortalidad a los seis meses pos-TPH.⁸

Las imágenes endoscópicas son extraordinarias, al comparlas con imágenes endoscópicas de EICH-a reportadas en la literatura, como las de Naymagon y cols,⁹ no hay coincidencia y es posible que se deba a la coexistencia de EICH con infección con adenovirus en la mucosa intestinal. Si bien esta infección no es de las más frecuentes en pacientes con TPH, es importante considerarla y tomar medidas apropiadas en estos pacientes.

Referencias

1. E. Carreras. *Implicaciones digestivas de la enfermedad de injerto contra el huésped*. Gastroenterología y Hepatología. 2000;23(7):354-360.
2. Jagasia MH, Greinix HT, Arora M, y cols. *National Institutes of Health Consensus Development Project on Criteria for Clinical Trials in Chronic Graft-versus-Host Disease: I. The 2014 Diagnosis and Staging Working Group report*. Biol Blood Marrow Transplant. 2015;21(3):389-401.e1.
3. Jaramillo-Esparza y cols. *Enfermedad injerto contra huésped gastrointestinal y hepático en pacientes pediátricos con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez*. Revista de Gastroenterología de México. 2018;83(4):385-392.
4. Aslanian H, Chander B, Robert M, y cols. *Prospective evaluation of acute graft-versus-host disease*. Dig Dis Sci. 2012;57(3):720-725.
5. van Kraaij MG, Dekker AW, Verdonck LF, y cols. *Infectious gastro-enteritis: an uncommon cause of diarrhoea in adult allogeneic and autologous stem cell transplant recipients*. Bone Marrow Transplant. 2000;26(3):299-303. 9.
6. Muller WJ, Levin MJ, Shin YK, y cols. *Clinical and in vitro evaluation of cidofovir for treatment of adenovirus infection in pediatric hematopoietic stem cell transplant recipients*. Clin Infect Dis. 2005;41(12):1812-1816 2.
7. Hiejima E, Nakase H, Matsuura M, y cols. *Diagnostic accuracy of endoscopic features of pediatric acute gastrointestinal graft-versus-host disease*. Dig Endosc. 2016;28(5):548-555.
8. Cesaro S, Porta F. *Adenovirus Infection in Pediatric Hematopoietic Cell Transplantation: A Challenge Still Open for Survival*. J Clin Med. 2022;11(16):4827.
9. Naymagon S, Naymagon L, Wong SY, y col. *Acute graft-versus-host disease of the gut: considerations for the gastroenterologist*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2017;14(12):711-726.



ameg
2023-2024

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



**Encuentro de Motilidad
y Neurogastroenterología**

16 septiembre 2024

Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial



Agencia Oficial
www.gacetaendoscopica.com

Pólipos serrados sésiles: ¿qué hay sobre los pacientes jóvenes?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dada la importancia que tiene este tema, seguiremos hablando de los pólipos serrados sésiles. Recordemos que la pérdida de lesiones serradas sésiles o la no visualización en una colonoscopia puede estar asociada a desarrollo de cáncer colorrectal de intervalo.

La aparición de cáncer colorrectal por vía de pólipos serrados es rara en pacientes jóvenes. Un artículo español publicado en 2013 estudió la población menor a 45 años, reportando una mediana de edad de 39 años y una localización en colon derecho del 12%, asociada a lesiones serradas.

En cuanto a la prevalencia de lesiones serradas sésiles, esta ha sido reportada del 1.1% al 15%, dependiendo del año y de la población estudiada. Una publicación australiana de 2022 reportó una prevalencia del 13.8% y, al analizar los subgrupos de edad, la diferencia no fue estadísticamente significativa entre pacientes mayores y menores de 50 años, siendo en estos últimos del 12.5%.

Hay una asociación entre las lesiones serradas sésiles con una localización proximal (64%) y con el género femenino (OR de 1.48). Estos autores sugieren que hay susceptibilidad en mujeres jóvenes y esto pudiera tener una implicación para los programas de tamizaje de cáncer de colon.

El mes pasado se publicó un artículo taiwanés en la revista Endoscopia que describe la prevalencia y factores predictivos

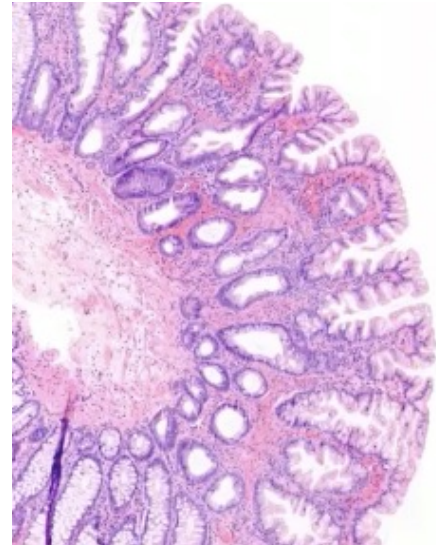


Imagen 1. Detalle de corte histológico de pólipo serrado sésil que muestra dilatación quística de las criptas.

de las lesiones serradas sésiles colorrectales en pacientes jóvenes (menores a 50 años). Sugieren que la prevalencia de estas lesiones no está bien identificada por varias razones, incluyendo la morfología plana difícil de detectar, las actualizaciones periódicas para criterios diagnósticos (en algunos estudios previos las mezclan con pólipos hiperplásicos) y el hecho de que rara vez

sangran, por lo tanto, métodos como FIT (prueba inmunológica fecal) resultan en una baja detección de estas lesiones.

Estos autores realizaron un estudio retrospectivo en su centro de 2018 a 2022, incluyendo pacientes de 20 años o más divididos en dos grupos: de 20 a 49 años ($n=4,712$) y mayores de 50 años ($n=5,142$), encontrando una similitud en la detección de lesiones serradas sésiles en ambos grupos (6.5% vs 7.2% $p=0.10$).

En el análisis univariado, los pacientes jóvenes con lesiones serradas sésiles tendieron a ser ligeramente mayores dentro de su mismo grupo (aunque fue una pequeña diferencia de dos años $p<0.001$), ser hombres ($p=0.003$), tener síndrome metabólico ($p<0.001$), uso de tabaco ($p=0.01$) y se les retiró el endoscopio en un promedio de diez minutos contra siete minutos ($p<0.001$).

Por otro lado, en el análisis multivariado se dividieron los pacientes jóvenes en tres subgrupos: 20 a 29 años, 30 a 39 y 40 a 49 años. Se encontraron predictores independientes para las lesiones serradas sésiles como son: edad mayor (40 a 49 años $OR=1.81$), mayor tiempo de retirada del colonoscopio (incremento por minuto $OR=1.17$) y la ejecución del endoscopista (experto vs endoscopista promedio $OR=3.35$).

Estos últimos datos sugieren que sólo el hecho de que el endoscopista sea experto mejora la tasa de detección, situación que pudiera resultar obvia y que pudiera aplicarse también a lesiones no serradas; sin embargo, otra reflexión sería que probablemente es tan variable la prevalencia de estas lesiones por el grado de *expertise* de cada endoscopista.

Si conjuntamos a los dos grupos de pacientes principales, los rangos de detección entre el grupo de 40 a 49 años y el de 50 a 59 muestran tasas similares y, posteriormente, estos números descienden conforme a la edad. Esto hace pensar que pudiera haber un potencial pico de los 40 a 59 años.

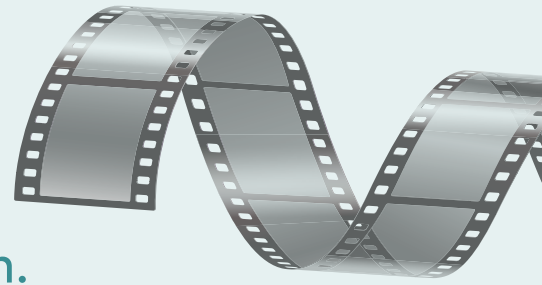


Imagen 2. Lesión serrada sésil que con luz blanca se ve como pliegue engrosado y se vuelve más evidente con aplicación de cromoendoscopia vital.

La asociación entre la edad con las lesiones serradas sésiles en pacientes jóvenes ha sido explorada en pocos estudios, por lo que se sugiere que debemos hacer más investigación en este tópico. Detectar este tipo de lesiones requiere un nivel considerable de *expertise* y una exploración meticulosa, así como como implementación de estrategias para mejorar los resultados.

Referencias

1. Yeh Jen-Hao *et al.* Prevalence and predictive factors of colorectal sessile serrated lesions in younger individuals. *Endoscopy* 2024;56:494-502.
2. Perea J *et al.* Age at onset should be a major criterion for subclassification of colorectal cancer. *J Mol Diagn* 2014, 16:116-126.
3. Lall V *et al.* Disparate age and sex distribution of sessile serrated lesions and conventional adenomas in an outpatient colonoscopy population-implications for colorectal cancer screening? *Int J Colorectal Dis* 2022;37:1569-1579.



El curandero

La medicina es más que un trabajo,
es un propósito en la vida, una misión.

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

El curandero es una película polaca disponible en Netflix, siendo la tercera adaptación cinematográfica de la novela Znachor, de Tadeusz Dołęga-Mostowicz.

La cinta trata de un médico de principios del siglo XX, el Dr. Rafal Wilczur, que tiene una excelente práctica y una familia compuesta por esposa e hija. Él demuestra a sus compañeros del hospital su vocación médica y su compromiso hacia los pacientes, que incluso lo llegan a meter en discusiones con sus superiores por cuestiones monetarias.

Un día, su esposa decide abandonarlo llevándose a la niña con ella, sin decirle a dónde se dirigen. Es en este momento que el Dr. Wilczur sufre un incidente donde es golpeado por unos maleantes al tratar de investigar el paradero de su hija y, debido a los golpes, termina con amnesia y vaga durante los siguientes años por pueblos aledaños a su ciudad natal sin ser reconocido por nadie, dándose por muerto.

A lo largo de los próximos años, sin saber cómo, ayuda a muchas personas gracias a sus conocimientos médicos de los cuales no recuerda su origen. Sin embargo, al ser visto como un vago, nunca es tomado en serio.

Años después la vida le tiende otra oportunidad y encuentra una nueva pareja. Su hija desaparecida crece y vive una

nueva vida, ahora sola después de la muerte de su madre y su padrastro. Sus vidas se cruzan en un poblado y sienten una conexión que no saben explicar; sin embargo, es aceptada por ambos.

Llega un momento en que la joven requiere con urgencia de atención médica y él está ahí para ayudarla y salvar su vida. Finalmente, las circunstancias van acomodándose para que se descubra el lazo de sangre que los une, lo que ayuda a que empiece a recuperar su memoria.

La película plasma de muy buena manera el deber y vocación que tiene el médico, peculiarmente con este personaje que, aún sin memoria o plena conciencia, sabía exactamente qué hacer, y a lo largo de esos años ayudó a muchas personas, ganándose el apodo de “curandero”.

Lo más importante de la película es la diferencia que hace de personajes médicos, de los que tienen mucho conocimiento y de los que además tienen la vocación de ayudar sin importar la remuneración o reconocimiento.

Asimismo, muestra lo bello del amor entre un padre y su hija que, separados por años, lograron reconectarse sin saber exactamente la causa. Si bien las actuaciones no son memorables, la historia sí lo es.