

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

EN VÍA BILIAR

Desarrollo del dispositivo Primary
Obesity Surgery Endoluminal (POSE)

Estenosis pépticas benignas

¡Viva México!



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:

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dra. Raquel Y. López Pérez

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Ernaldo J. Morales Mairena

Dra. Génesis Salmai Antonia Pérez Nájera

Dr. Pedro L. Pérez Santos

Dra. Wendy Jaquelyn Porras Martínez

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. Juan C. Silis Cravioto

Dra. Miriam I. Torres Ruiz

Dr. Julio C. Zavala Castillo

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

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL

4 SEMBLANZA

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

8 ENDOSCOPIG

¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

9 Ejercicios básicos de ergonomía en endoscopia

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA

14 Desarrollo del dispositivo Primary Obesity Surgery Endoluminal (POSE)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

ENTEROSCOPIA

17 Inteligencia Artificial para la detección automática de lesiones clínicamente relevantes en enteroscopia asistida por dispositivos

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

CASO CLÍNICO

20 Estenosis pépticas benignas. Repaso de la literatura

Dr. José Miguel Espinosa González / Dra. Wendy Jaquelyn Porras Martínez /

Dra. Génesis Salmai Antonia Pérez Nájera

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

25 Quiste de duplicación en cuerpo gástrico: causa infrecuente de hemorragia digestiva

Dr. Ernaldo J. Morales Mairena / Dr. Pedro L. Pérez Santos / Dra. Miriam I. Torres Ruiz /

Dra. Raquel Y. López Pérez / Dr. Juan C. Silis Cravioto / Dr. Julio C. Zavala Castillo

EN VÍA BILIAR

29 ¿Cuál es la mejor posición para realizar la colangiografía endoscópica?

Dr. Jony Cerna Cardona

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

31 Indicadores de calidad en enteroscopia

Dra. Mónica Reyes Bastidas

ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

37 CLE con prueba de sensibilidad alimentaria para detectar alergias alimentarias atípicas en pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico y síndrome de intestino irritable

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

MEDICINE

39 Cartas a Dios

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Estimados colegas:

Por fin llegamos a nuestra Reunión Nacional. Hemos preparado un evento que esperamos les resulte de utilidad y que disfruten de una convivencia agradable. Reitero que Acapulco se encuentra ya totalmente funcional con respecto a la época previa al Huracán Otis. Las Instalaciones se encuentran renovadas y la seguridad redoblada. Los restaurantes de la Zona Diamante ya abiertos y funcionando como siempre, así como la casi totalidad de los cuartos de los hoteles.

El curso será mixto, pero en tiempo real para los asistentes y, además de los casos desde el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), tendremos casos enviados desde Guayaquil y Orlando. Además de las pláticas habituales en un Salón Plenario, el Congreso tendrá cuatro encuentros simultáneos en una sala adyacente.

En cuanto a las actividades sociales, tendremos un concierto por la Orquesta Filarmónica de Acapulco después de la inauguración y, adicional a la comida de profesores y diversos desayunos y comidas patrocinados por la industria, conseguimos un descuento del 30% en boletos para el concierto de Edith Márquez, que se estará llevando a cabo en las mismas fechas de nuestro Congreso en el foro adyacente.

Actuar de manera prudente siempre ha sido la responsabilidad de los asistentes, aunque por parte de la Secretaría de Turismo y la Secretaría de Seguridad tendremos un apoyo adicional, mayor al habitual.

Nuevamente tendremos, además del Simposio AMEG-ASGE, el Centro de Enseñanza de la ASGE en formato físico modernizado (GI Leap) con personal del ASGE presente.

Este año ha sido de trabajo muy arduo, cansado y estresante, aunque muy gratificante. Siento una satisfacción personal por haber logrado convocar a todos los colegas que me apoyaron y les estaré siempre agradecido. Como dije al principio de mi gestión: todos somos la asociación.

Agradezco a todos ustedes por permitirme estar y haber estado donde estoy ahora y deseo que su camino sea exitoso siempre, tanto en lo familiar como en lo profesional. Nos vemos en Acapulco Disfrutemos de nuestra LII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal.

“La Endoscopia: Ciencia y Arte”

Dr. José Guillermo de la Mora Ley

Presidente de la AMEG



No porque sea bueno ni malo, pero no soy gringo ni judío, pues he oído que muchos compañeros endoscopistas así lo creen. Nací en Minatitlán, Veracruz, tres meses antes que la actriz Claudia Ramírez, vecina mía, y ambos hijos de petroleros. A los pocos meses me convertí en chilango y apenas unos meses después llegué a vivir a San Francisco, California. De allí nos mudamos a Houston, Texas, donde inicié el kinder y la preprimaria. Casualmente vivía allá cuando el Apollo XI llegó a la Luna y pude verlo en vivo en una televisión de bulbos, en blanco y negro.

A inicios de la primaria regresé al Distrito Federal (CDMX para que me entiendan los más jóvenes). Desde mi niñez y luego adolescencia quería estudiar arquitectura (profesión común en mi familia) o más tarde ingeniería biomédica. Fui criado en un ambiente fundamentalmente científico y no recuerdo haber viajado a alguna ciudad sin visitar su museo de ciencia, tecnología e historia natural. En el último año de la preparatoria decidí inclinarme por la ingeniería biomédica y dejar mis habilidades de dibujo e imaginación visoespacial (muy útiles en la arquitectura) como *hobby*. No existían médicos en mi familia cercana.

En esa época sólo se podía estudiar ingeniería biomédica en dos instituciones: la Universidad Autónoma de México y la Ibero. Ninguna de las dos cumplía con mi idea de lo que yo quería y fui disuadido por varios ingenieros biomédicos, quienes me explicaron que la realidad en México no era lo que yo pensaba. En este tiempo ingresé al curso propedéutico de la carrera de medicina y me interesó, pues reunía varias ciencias: biología, química y física.

Por eso decidí estudiar medicina. Afortunadamente terminé la carrera en el primer lugar de mi generación, obtuve mención honorífica y pude escoger mi plaza de internado y servicio social antes que todo mundo. Hice mi internado en un Hospital General de Zona del IMSS en Ciudad Delicias, Chihuahua, donde no había residentes ni de medicina familiar, así que estábamos a cargo en casi todas las áreas del hospital (urgencias, terapia intensiva -increíble la cantidad de iatrogenia acumulada, por supuesto) y siempre entrábamos como primer ayudante e, incluso, como cirujanos. Del año de internado me las ingenié

para rotar seis meses en cirugía general y al terminar decidí escoger esa especialidad.

Hice seis meses de servicio social clínico en un Centro de Salud B, aunque por consejo de un familiar médico -no tan cercano entonces- me cambié a investigación, teniendo que hacer finalmente un año y medio de servicio social.

El año de investigación lo realicé en el entonces Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) -en ese tiempo aún no se había incluido lo de "y Ciencias Médicas"-, bajo la dirección del Dr. Misael Uribe Esquivel en el Departamento de Gastroenterología. Mi intención entonces era realizar la especialidad en cirugía general en el instituto. Dado que en esa época era necesario hacer dos años de medicina interna antes de los tres de cirugía general, mi familiar (el Dr. Ezequiel López Amor, esposo de una prima hermana y entonces director de la División de Medicina Interna del INNSZ) me convenció de aplicar a medicina interna y luego a cirugía general, ya que con sólo un año más tendría ambas especialidades.

Fui aceptado e inicié medicina interna en 1989. Mis tres años de especialidad no resultaron especialmente gratos y, al terminar, ya no estaba seguro de hacer cirugía. La gastroenterología clínica me gustaba, pero también la investigación. Terminé por hacer la maestría en ciencias médicas en gastroenterología y, con el apoyo del Dr. Misael Uribe y la aprobación del Dr. José de Jesús Villalobos, pude certificarme también en gastroenterología.

El siguiente paso fue la endoscopia, que me parecía un acercamiento a la cirugía. Fui aceptado tanto en el INNSZ como el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (HGMGG). En esa época, la Unidad de Endoscopia de este lugar era considerada la más equipada, innovadora y activa de México, y gran parte de Latinoamérica, bajo la dirección del Dr. Alberto Farca Belsaguy. Incluso, al pedir consejo a varios médicos de base en gastroenterología, me recomendaban escoger el HGMGG. Así lo hice y considero que fue la mejor decisión que he tomado en mi vida.

Recibí todo al apoyo por parte del Dr. Farca, innovador, abierto a ideas nuevas y sumamente hábil e Inteligente. Al término de la residencia me ofreció quedarme como médico

adscrito y no lo pensé dos veces. Por otro lado, esta decisión me ganó la "Ley del Hielo" por parte del Departamento de Endoscopia completo del INNSZ durante los siguientes cinco años (ya resuelto desde hace mucho).

En ese tiempo tuve la oportunidad de realizar un volumen muy alto de todo tipo de endoscopia y de participar como codirector en dos cursos en vivo, donde pude "codearme" con la crema y nata de la endoscopia mundial: Nib Soehendra, Kenneth Binmoeller, Norman Marcon, Jerome Way, David Carr Locke, Gregory Haber, Michel Cremer y Kees Huibregtse entre muchos otros.

En esa época, se realizaron por primera vez en México procedimientos como ligadura variceal, ligadura múltiple, inyección de cianoacrilato, clips, mucosectomía y argón plasma (incluso antes que en Estados Unidos). Especialmente importante fue la adquisición del primer ecoendoscopia lineal en México y Latinoamérica, y la oportunidad que me brindó el Dr. Farca de hacerme cargo de desarrollarlo. Pude hacer visitas académicas cortas a la Cleveland Clinic, Brigham & Women's Hospital, Massachusetts General Hospital y, finalmente, a la "meca" del ultrasonido endoscópico mundial en esa época (finales de los años noventa): la Medical University of South Carolina (MUSC), dirigida entonces por el Dr. Peter Cotton y codirigida por el Dr. Robert Hawes.

En un concurso de trabajos libres gané una beca y visita al Congreso Panasiático de Gastroenterología, que se llevó a cabo en Yokohama, Japón, y que incluía una visita al Hospital Fujigaoka de la Universidad de Showa, entonces dirigido por el Dr. Rikiya Fujita. También conocí en ese evento al Dr. Rafael Barreto que llevaba varios años allá.

Entre 1996 y 2000 realicé poco más de 1,100 estudios de ultrasonido endoscópico. En 1998 conseguí apoyo del CONACYT con el que se adquirió un equipo de ultrasonido endoscópico radial mecánico y minisondas. Tuve la oportunidad de utilizar todos los prototipos de ecoendoscopios de las tres marcas: Pentax, Olympus y Fujinon, así como agujas de punción. Realizamos las primeras biopsias por aspiración y drenaje de pseudoquistes, asistidos por USE en México.

En 1998 fundamos la Sociedad Latinoamericana de Endosonografía (SOLES) con sede en Caracas y de la cual fui presidente de 2002 a 2004, y que luego se transformó en el Club Latinoamericano de Endosonografía (CLEUS), de la cual fui presidente de 2012 a 2014. Fui profesor de los primeros ECOS Internacionales de Gastroenterología y del primer Curso en Vivo Precongreso de la AMEG en 1999 (Boca del Río, con el Dr. Leopoldo Gutiérrez -QEPD-) desde el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Y también terminé un Diplomado en Nutrición Clínica por la Universidad Iberoamericana.

En 1999 fui nombrado jefe del Departamento de Investigación Clínica del HGMGG. De 2000 a 2001 realicé la residencia formal universitaria en endoscopia terapéutica avanzada en el Centre for Advanced Therapeutic Endoscopy & Endoscopic Oncology del Hospital Wellesley/St Michael's de la Universidad de Toronto.

Me convertí en miembro de la ASGE en 2021. Regresé al HGMGG donde fui codirector de dos cursos en vivo del HGMGG, en uno de los cuales llegamos a tener ¡catorce profesores extranjeros!, incluidos Guido Costamagna, Marc Giovannini, Thierry Ponchon, Sydney Chung y Ram Chuttani, entre otros, y se realizaron por primera vez en México litotripsia con láser inteligente, funduplicatura endoscópica (Paul Swain), enteroscopia de doble balón y cápsula endoscópica.

Presenté y aprobé los exámenes ECFMG en las etapas (steps) 1, 2a, 2b e, incluso, 3 (para licencia) en el estado de California en la percentila 1 superior.

En 2003-2004 fui aceptado para realizar la residencia en endoscopia terapéutica avanzada y experimental en la Clínica Mayo de Rochester con un año de duración, donde pude "hacer y deshacer" a mi antojo, desarrollando múltiples ideas relacionadas con procedimientos bariátricos, Notes, funduplicatura endoscópica, disección submucosa, prótesis diversas desde su desarrollo, estudios preclínicos y su uso en humanos. Además, realicé varias publicaciones e, incluso, obtuve una patente registrada en Estados Unidos que fue adquirida por Apollo-Endosurgery y que actualmente es propiedad de Boston Scientific.

Desde 2004, pero especialmente a partir de 2007 y luego en 2009, comencé a trabajar con el Dr. Kenneth Binmoeller e, incluso, me invitó a su unidad recién inaugurada en San Francisco en 2009. Esta cooperación se consolidó con la posición de consultante médico (el primero) para el desarrollo de la prótesis Axios en la compañía XLumena y la oportunidad de haber colocado la primera prótesis en humanos en 2010, que desafortunadamente no se logró debido a la clausura temporal de la Cofepris (por un escándalo de corrupción). El Dr. Takao Itoi fue el primero en colocar una prótesis Axios en humanos, menos de un mes después.

De 2005 a 2006 fui jefe de Investigación Clínica del Centro Médico ABC Observatorio, en la Ciudad de México. En 2006 y 2007, con un año de duración, realicé la residencia en ultrasonido endoscópico avanzado también en la Clínica Mayo de Rochester y, dado que ya tenía diez años de experiencia, tuve la fortuna de recibir un trato de iguales y no como residente usual. Fui nombrado además profesor asistente de medicina en el Departamento de Endoscopia Terapéutica Avanzada de la División de Gastroenterología y Hepatología.

En ese tiempo renuncié al HGMGG que, en mi opinión, no era ni la sombra de lo que había sido al pasar bajo el control de Cirugía General. Regresé a México con muchas invitaciones, pero ninguna plaza. Afortunadamente fui contratado por el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) dentro -aunque independiente- del INER, como consultante en gastroenterología y endoscopia, incluyendo ultrasonido endoscópico (y extraoficialmente ultrasonido broncoscópico). Finalmente se abrió la oportunidad de una plaza en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) gracias a la Dra. Angélica Hernández Guerrero. En la actualidad es la Unidad de Endoscopia con más diversidad de recursos en México.

En 2009 inicié el curso de subespecialidad en ultrasonido endoscópico, el primero en México y con reconocimiento universitario.

En los últimos quince años he sido profesor invitado en congresos y cursos en vivo nacionales e internacionales,

incluyendo DDW (Semana de Enfermedades Digestivas) en varias ocasiones, en relación con la AMEG o de manera independiente, congresos mundiales de gastroenterología, endoscopia y de ultrasonido endoscópico y en lugares como Rusia, India, Estados Unidos, China, Corea, Canadá, Austria, Argentina, Chile, Perú, Brasil, Colombia, Venezuela, Ecuador, Guatemala y Panamá -varias veces en algunos de estos países.

Por la ASGE soy socio desde 2001 y he sido miembro del Comité Internacional en tres periodos de tres años; editor de *Gastrointestinal Endoscopy*, con un premio al Mejor Editor; director de cursos en representación de la ASGE (Brasil); juez de becas internacionales de la ASGE; miembro de los diez consultantes expertos del programa ACE de la ASGE (único no estadounidense); y primer Fellow (FASGE) mexicano.

Fui o soy editor de GIE, *Endoscopy International Open* (ESGE) (editor asociado), *Endoscopic Ultrasound* (editor asistente), *Journal of the Pancreas* (editor asistente), *Revista de Gastroenterología de Colombia* y nuestra propia revista *Endoscopia* (editor en jefe).

En la AMEG he sido varias veces codirector de cursos y congresos, secretario general, secretario de relaciones internacionales (varias veces), vicepresidente y encargado de sesiones mensuales y miembro emérito. Fui consejero titular de endoscopia del Consejo Mexicano de Gastroenterología A.C. e investigador nacional nivel 1 del CONACYT e investigador institucional nivel A.

He tenido la suerte de incursionar en todos los aspectos de la endoscopia: enseñanza, investigación, diseño y desarrollo, y clínica. Me encanta lo que hago y lo seguiré haciendo hasta que físicamente no pueda. La endoscopia es ciencia y arte. No tengo pensado jubilarme ni siquiera a mediano plazo y hasta que la vida me lo permita, trataré de mantenerme como hasta ahora, en la punta de lanza de la endoscopia biliopancreática y oncológica, apoyando a la AMEG y en mi práctica institucional y privada. Gracias por todo a todos.

Dr. José Guillermo de la Mora Levy

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.**



Este mes celebramos la LII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal. Se espera un formato diferente y novedoso, con mucha información interesante para compartir.

- En particular habrá temas relacionados con drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) y de sus diferentes técnicas: *rendez-vous*, abordaje anterógrado guiado por USE, colédoco-duodenostomía guiada por USE y hepático-gastrostomía guiada por USE.
- Se debe tomar en cuenta el éxito técnico, el éxito clínico y los potenciales eventos adversos. Por ejemplo, en la colédoco-duodenostomía con el uso de LAMS (Lumen-Apposing Metal Stents) y su disfunción, descrita hasta el 55%.
- Un metaanálisis de 2023 hace referencia que el drenaje biliar guiado por USE puede considerarse como primera opción cuando no es posible acceder al ampulla de Vater, cuando existe una obstrucción de tracto de salida gástrico o una prótesis duodenal, aunque la CPRE siempre debe considerarse de primera línea.
- Una de las técnicas innovadoras es el puenteo para obstrucciones hiliares, donde se realiza una punción al lóbulo hepático izquierdo con y se accede hacia el lóbulo derecho. Posteriormente se inserta una primera endoprótesis de 6 cm no cubierta entre ambos lóbulos y el lóbulo izquierdo se drenará con una segunda prótesis de 8 cm mediante hepaticogastrostomía.

Interesante ¿verdad?

¿Quieres saber más?

- No te pierdas la conferencia “Drenajes biliares guiados por ultrasonido endoscópico” del Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna, durante la LII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal del 14 al 16 de septiembre de 2024.



 Síguenos: @endosco_pig

Ejercicios básicos de ergonomía en endoscopia

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Hablando exclusivamente de nuestra área, la endoscopia debe considerarse como una actividad física demandante, la cual somete a estrés crónico a la mayoría de nuestras articulaciones (a veces, incluso, a nuestras coronarias), por lo que es de vital importancia cuidar nuestro peso y mantenernos en forma, tratando en lo posible de realizar algún tipo de actividad física que permita ejercitar nuestros músculos, mantener la flexibilidad de las articulaciones y disminuir la tensión.

Así como hay un calentamiento previo a realizar actividad física intensa, de igual manera es aconsejable realizar ejercicios de calentamiento antes de nuestra jornada, dedicando al menos 15 a 20 minutos (o más) a ejercitar y preparar nuestro

cuerpo para los movimientos que vamos a realizar. Asimismo, es importante recalcar que tomar descansos a mitad de la jornada o después de un procedimiento difícil o demandante nos ayudará a que nuestro cuerpo se recupere y esté listo para lo que siga.

Los ejercicios mostrados a continuación son sólo algunas sugerencias (las mejores recomendaciones serán las de expertos en rehabilitación o acondicionamiento físico), son ejercicios que se pueden realizar en cualquier lado y la mayoría sin necesidad de equipo especial. Idealmente pueden ser en series de tres con 15 a 30 repeticiones (dependerá de la condición física de cada uno).

Journal Club de
Ultrasonido Endoscópico

Miércoles 4 de septiembre, 21:00 hrs.
Coordinador:
Dr. Félix Téllez Ávila

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

 **ameg**
2009-2024



Cuello

- **Justificación:** Es una de las articulaciones mas afectadas, el principal motivo: la altura y posición del monitor con respecto a nuestra posición y altura, por lo que mantenerlo ejercitado nos ayudará a evitar lesiones, dolor de cuello/cabeza crónico y disminuirá nuestra tensión.

Imagen 1. Movimientos de cuello sugeridos: girar la cabeza de derecha a izquierda, inclinación lateral derecha e inclinación lateral izquierda, inclinación hacia enfrente (mentón a pecho) e inclinación hacia atrás. Fotos por Dr. MAHS.



Ejercicios

Hombros

- **Justificación:** El estrés durante los procedimientos (sobre todo si son difíciles o por número), sostener el endoscopio, cargar el traje plomado y la tensión del cuello se reflejan en los hombros, causando dolor y tensión que pueden ocasionar la necesidad de tomar analgésicos de forma crónica o, incluso, llegar a la incapacidad, por lo que su ejercitación continua nos ayudará a estar en mejor condición para el día a día.



Imagen 2. Estiramiento de hombros. Fotos por Dr. MAHS.

Ejercicios



Imagen 3. Movimientos de los hombros: hacia adelante y atrás, subir y bajar, rotación hacia adelante y atrás, así como subir y bajar de forma alterna. Fotos por Dr. MAHS.

Manos y muñecas

- **Justificación:** El sujetar el endoscopio, controlar los mandos y el torque crean estrés sobre nuestras articulaciones, tanto de muñeca como en el pulgar principalmente, generando dolor a nivel de la muñeca, calambres, ardor, adormecimiento y cansancio, por lo que ejercitarlas no sólo mejorará nuestra fuerza de agarre, sino que también nos dará mayor resistencia al momento de realizar los procedimientos y estabilidad en las articulaciones.



Imagen 4. Herramientas para ejercitar la fuerza de agarre (algunos con posibilidad de tener diferentes niveles de resistencia) que nos ayudan a tener mayor fuerza en nuestras manos, mejorando también la resistencia al momento de sostener y manipular el endoscopio o al realizar torque. Fotos tomadas de Internet.

Ejercicios

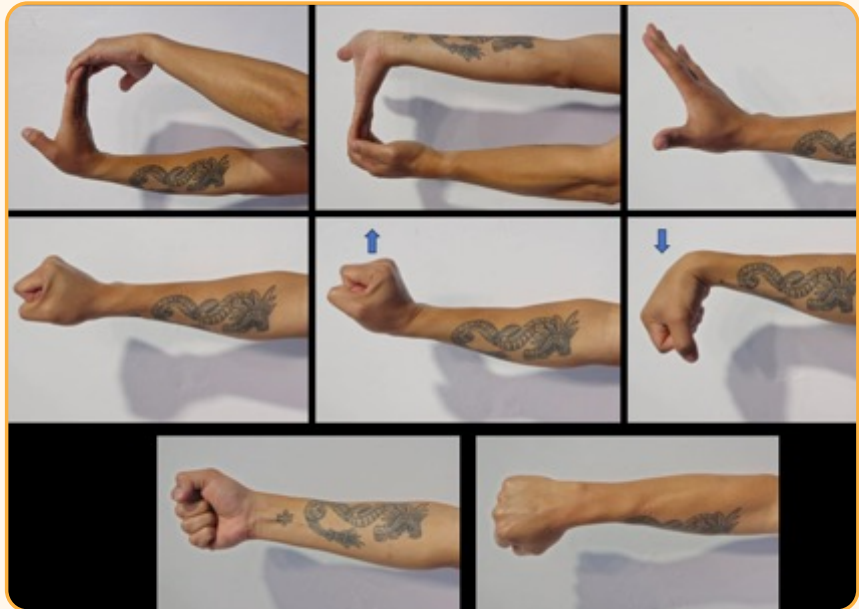


Imagen 5. Ejercicios para manos y muñecas: estiramiento de palmas, abrir y cerrar la mano (se pueden usar ligas y dispositivos de fuerza), flexión y extensión de muñeca, rotación interna y externa de muñeca. Fotos por Dr. MAHS.

Espalda

- **Justificación:** La altura de la camilla, la posición del monitor con relación a nuestra ubicación y altura, el uso de traje plomado, sostener el endoscopio, maniobras de compresión del abdomen y al momento de manipular los accesorios en-

doscópicos, son algunos ejemplos de cómo generamos estrés tanto en la espalda alta como baja, ocasionado dolor, tensión e, incluso, incapacidad a largo plazo.

Ejercicios



Imagen 6. Ejercicios de espalda: Flexión y extensión, rotación izquierda y derecha, flexión lateral derecha y flexión lateral izquierda.

Fotos por Dr. MAHS.

Conclusiones

Como podemos ver, es fácil poder preparar a nuestro cuerpo para las actividades del día a día y sólo nos toma unos minutos. Hago hincapié en que estas son sólo algunas rutinas sugeridas, podrás agregar más ejercicios acordes a tus necesidades (como sentadi-

llas, flexiones de pies y tobillos, uso de ligas, lagartijas o planchas, etcétera), pero lo importante es pensar tanto en nuestro bienestar físico como mental.

Ulsen® PCS

El IBP preciso

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

Ulsen® PCS

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



95 años
Senosiain.



ULSE PCS-01A-22
N.O. DE ENTRADA: 22300202C9844

Revisar IPP:



Senosiain®

DOSCÓPICA MEXICANA

Desarrollo del dispositivo Primary Obesity Surgery Endoluminal (POSE)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Hospital Santa Inés, Cuenca – Ecuador

Desde su introducción en 2013, el dispositivo Primary Obesity Surgery Endoluminal (POSE; USGI Medical, San Clemente, California) representa una innovación significativa en el tratamiento endoscópico de la obesidad. Desarrollado para abordar la creciente necesidad de opciones menos invasivas en comparación con la cirugía bariátrica tradicional, POSE busca modificar la anatomía del estómago utilizando técnicas endoscópicas avanzadas.

POSE fue desarrollado inicialmente para ofrecer una opción terapéutica intermedia entre los tratamientos médicos convencionales y las intervenciones quirúrgicas más invasivas. Surgió como respuesta a la demanda de procedimientos que ofrecieran resultados sostenibles en la pérdida de peso, pero con menos riesgos y tiempos de recuperación reducidos en comparación con la cirugía abierta.

La plicatura resultante del procedimiento tiene como objetivo reducir la capacidad del estómago, alterar el vaciamiento gástrico y modificar la sensación de saciedad del paciente, facilitando así la pérdida de peso a largo plazo. A diferencia del método OverStitch, POSE utiliza canastillas de nitinol para producir una plicatura mucho más duradera.

A lo largo del tiempo, POSE ha experimentado mejoras en sus dispositivos y técnicas, adaptándose a las necesidades específicas de los pacientes y refinando la efectividad de los pliegues gástricos endoscópicos.

Uso en obesidad

- **Indicaciones:** POSE, como la mayoría de los métodos endoscópicos, está indicado principalmente para pacientes con obesidad moderada a severa que no han logrado perder peso de manera efectiva mediante métodos convencionales como dietas y ejercicio, pero que no desean someterse a una cirugía mayor.
- **Procedimiento:** se realiza bajo anestesia general y comienza con la introducción de un endoscopio flexible a través de la boca del paciente hasta el estómago. Desde allí, se utiliza el dispositivo USGI para crear pliegues en las paredes del estómago, reduciendo su capacidad total. Este proceso se realiza sin necesidad de realizar incisiones externas significativas, lo que contribuye a una recuperación más rápida y menos complicaciones postoperatorias.
- **Beneficios esperados:** los pacientes suelen experimentar una sensación de saciedad más temprana durante las comidas, lo que facilita la pérdida de peso mediante una reducción en la ingesta de alimentos.
- **Resultados a largo plazo:** aunque los resultados pueden variar, se espera que los pacientes logren una pérdida de peso significativa (>15% del peso total -TWL)) y sostenida con el tiempo, siempre y cuando complementen el tratamiento con cambios en el estilo de vida, como una dieta equilibrada y ejercicio regular.

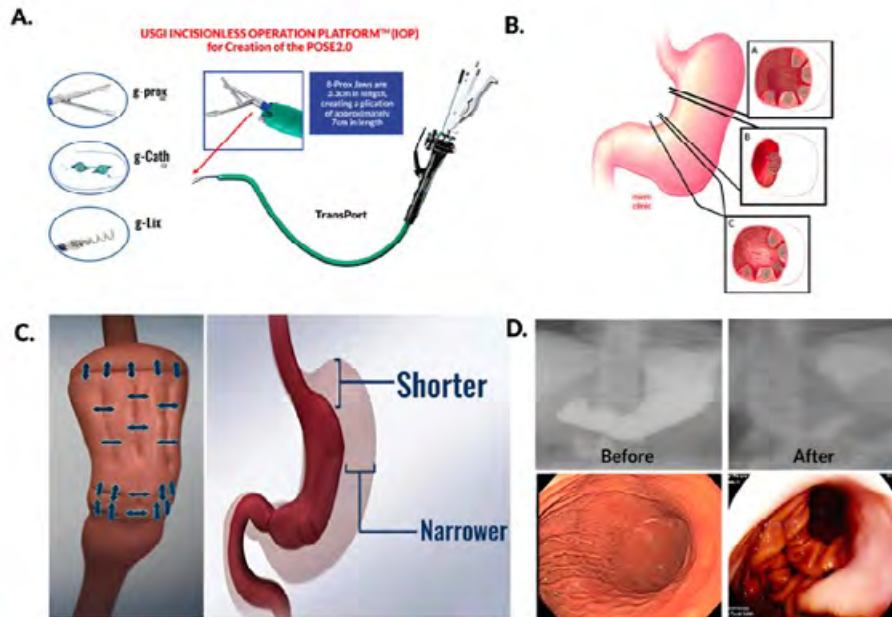


Imagen 1: A) Dispositivos USGI, B y C) esquema de plicatura, D) pre y posprocedimiento.

Diferencias con POSE 2.0

La versión POSE 2.0 representa una evolución del procedimiento original, incorporando posibles mejoras en técnicas y dispositivos utilizados. Aunque la información específica sobre POSE 2.0 puede no estar ampliamente disponible, se presume que estas mejoras podrían estar dirigidas a optimizar los resultados y reducir aún más los riesgos asociados con el procedimiento mediante un cambio en el patrón de plicatura.

Curva de aprendizaje

- **Complejidad del procedimiento:** la realización efectiva de POSE requiere habilidades endoscópicas avanzadas por parte del equipo médico. Si bien la mayor experiencia la posee el grupo español del Dr. Román Turro, la curva de

aprendizaje puede ser empinada debido a la necesidad de precisión y experiencia en la creación de los pliegues gástricos de manera efectiva.

Ventajas y desventajas

Ventajas:

- **Mínimamente invasivo:** sin incisiones externas mayores, lo que reduce el riesgo de infecciones y acelera la recuperación.
- **Bajo riesgo de complicaciones:** comparado con la cirugía bariátrica convencional.
- **Efecto saciante mejorado:** ayuda a los pacientes a sentirse llenos más rápidamente durante las comidas.

Desventajas:

- **Resultados variables:** la efectividad puede variar entre pacientes, por lo que es necesario realizar el procedimiento bajo la asesoría de un equipo multidisciplinario.
- **Requiere experiencia:** la curva de aprendizaje y el poco acceso al equipo y al entrenamiento puede ser una limitante.

Uso a nivel global

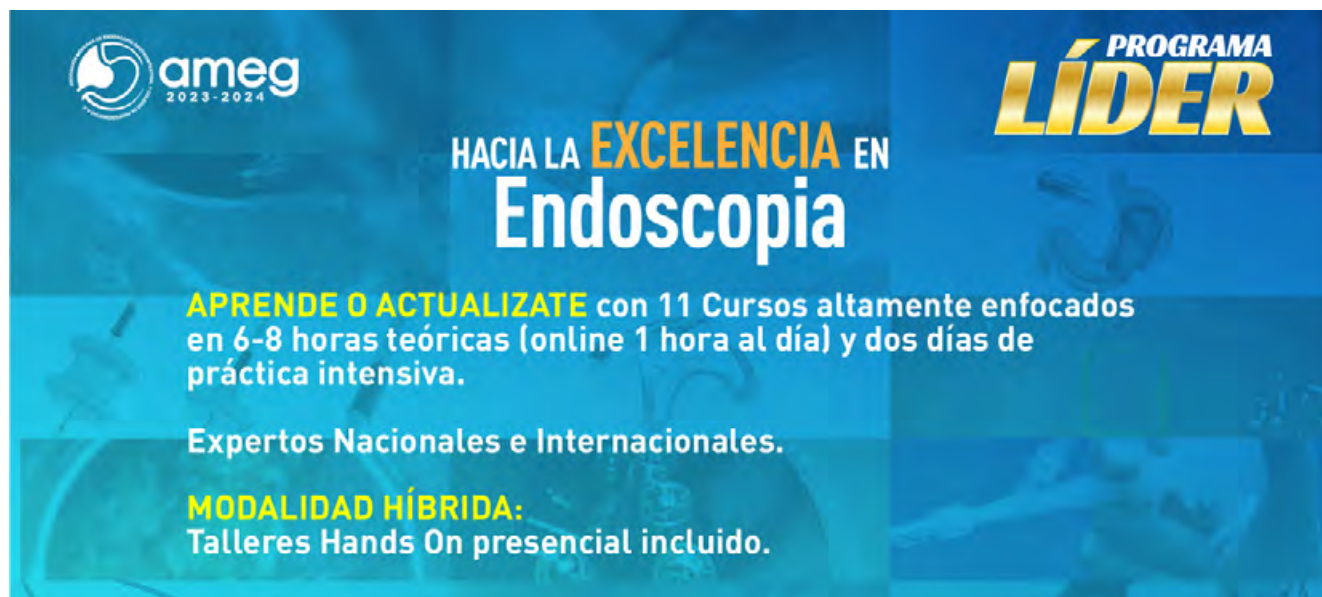
POSE ha ganado popularidad en varios países, especialmente europeos, como una alternativa viable a la cirugía bariátrica tradicional. La disponibilidad puede variar según la regulación local y la capacitación del personal médico en cada región.

En conclusión, POSE representa una opción prometedora en el tratamiento de la obesidad mediante técnicas endoscópicas avanzadas. Aunque ofrece ventajas significativas en térmi-

nos de invasividad y tiempo de recuperación, su efectividad y aplicación adecuada requieren de un equipo médico capacitado y pacientes adecuadamente seleccionados para obtener los mejores resultados a largo plazo.

Referencias

1. DeAsis FJ, Denham W, Linn JG, Haggerty SP, Ujiki MB. *Primary obesity surgery endoluminal*. Surg Endosc. 2017 Feb;31(2):951. doi: 10.1007/s00464-016-4999-2. Epub 2016 Jun 20. PMID: 27324329.
2. Lopez-Nava G, Asokkumar R, Turró Arau R, Neto MG, Dayyeh BA. *Modified primary obesity surgery endoluminal (POSE-2) procedure for the treatment of obesity*. VideoGIE. 2020 Jan 17;5(3):91-93. doi: 10.1016/j.vgie.2019.11.010. PMID: 32154476; PMCID: PMC7058528.
3. Espinós JC, Turró R, Moragas G, Bronstone A, Buchwald JN, Mearin F, Mata A, Uchima H, Turró J, Delgado-Aros S. *Gastrointestinal Physiological Changes and Their Relationship to Weight Loss Following the POSE Procedure*. Obes Surg. 2016 May;26(5):1081-9. doi: 10.1007/s11695-015-1863-8. PMID: 26337693.



ameg
2023-2024

HACIA LA **EXCELENCIA** EN
Endoscopia

PROGRAMA LÍDER

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.

Inteligencia Artificial para la detección automática de lesiones clínicamente relevantes en enteroscopia asistida por dispositivos

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, CDMX

En los últimos años, la aplicación de Inteligencia Artificial (IA) en el área médica ha tenido un crecimiento exponencial. Las redes neurales convolucionales (CNN, en inglés) están inspiradas en la arquitectura multicapa de la corteza cerebral humana, con alta eficiencia en la detección de patrones de imágenes.

En el campo de la endoscopia, la cápsula endoscópica ha sido foco de estudio para la aplicación de IA, lo cual ha permitido el incremento en el rendimiento diagnóstico con una reducción significativa en el tiempo de lectura. Sin embargo, la implementación de IA en enteroscopia asistida por dispositivos (EAD) está comenzando. Se ha aplicado en la identificación de lesiones vasculares y protuberantes, úlceras y erosiones, pero su detección es dependiente de la habilidad del endoscopista y del tipo de dispositivo.

El objetivo de este estudio fue desarrollar la primera red neuronal convolucional multimarca para la clasificación automatizada de lesiones clínicamente relevantes en EAD, princi-

palmente lesiones vasculares, restos hemáticos, lesiones protuberantes, úlceras y erosiones.

Se realizó un estudio en dos centros portugueses especializados, con un total de 338 procedimientos consecutivos desde enero de 2020 a mayo de 2023, utilizando los tres tipos de enteroscopios: el de doble balón (Fujifilm EN-580T) con $n=226$; el de monobalón (Olympus EVIS EXERA II SIF-Q180) con $n=98$; y el enteroscopia espiral monitorizado de Olympus PSF-1 (antes de su retiro del mercado) con $n=14$.

La CNN incluyó imágenes de esófago, estómago, intestino delgado y colon para el entrenamiento del modelo y su evaluación, clasificando las lesiones en diferentes categorías.

Las lesiones vasculares incluyeron puntos rojos (lesiones puntiformes aplanadas con diámetro menor de 1 mm), angiectasias (capilares dilatados) y várices (dilataciones venosas de aspecto serpiginoso). Las lesiones protruyentes se definieron como elevaciones tisulares epiteliales, incluyendo pólipos, le-

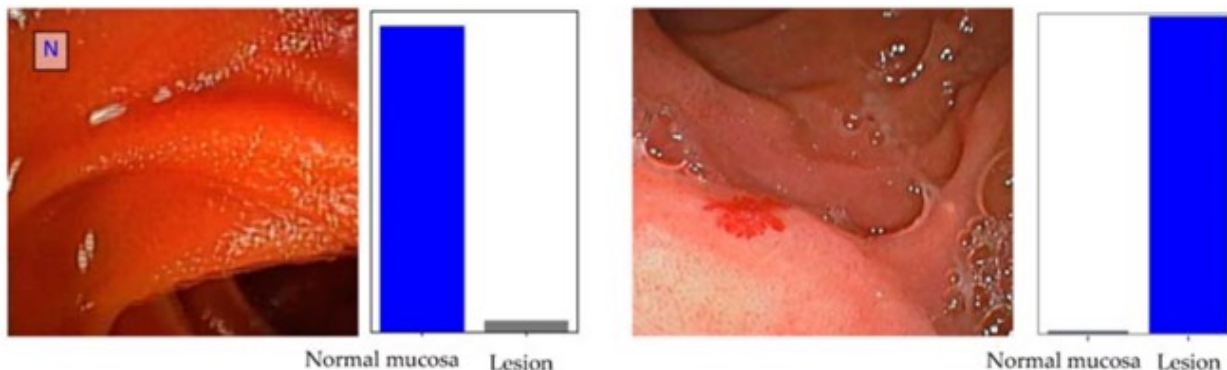


Imagen 1. Resultado obtenido de la CNN. Las barras son una representación de la probabilidad estimada de la CNN, otorgando la imagen con la probabilidad más alta. La barra azul representa la predicción correcta y la barra gris representa la incorrecta.

siones mucosas planas, subepiteliales y nódulos. Las úlceras se consideraron como áreas con solución de continuidad epitelial y halo inflamatorio de al menos 5 mm de diámetro, mientras que las erosiones eran definidas como pérdida mínima de epitelio y mucosa circundante normal.

Las imágenes extraídas fueron clasificadas por tres gastroenterólogos expertos en EAD. El total de imágenes seleccionadas fueron 40,665, de las que se seleccionaron 36,599 (90%) para el entrenamiento del modelo y se utilizaron 4,066 (10%) para la fase de prueba.

El sistema binario de la CNN calculó la probabilidad entre mucosa normal versus lesiones clínicamente relevantes para determinar el rendimiento predictivo de la CNN. También se generaron mapas de calor basados en la localización de las lesiones. La clasificación de la CNN se comparó con la evaluación de los expertos en EAD considerado como “gold” estándar.

Se determinó que el modelo presentó una sensibilidad del 88.7%, una especificidad del 98%, un valor predictivo positivo de 92.6% y un valor predictivo negativo de 97%, con una precisión diagnóstica promedio de 96% (total de 96.8%) y un área bajo la curva (AUC-PR) de 0.97.

La CNN completó la evaluación del segmento de prueba en 33 segundos, resultando en un tiempo de procesamiento de imágenes de 124 por segundo. Los autores concluyeron que los resultados obtenidos favorecen la aplicabilidad clínica de su tecnología.

No hay duda de que la implementación de la Inteligencia Artificial en endoscopia trae muchas ventajas. Sin embargo, aún existen aspectos éticos y de responsabilidad legal en caso de eventos adversos o diagnósticos incorrectos. Es importante que los resultados obtenidos de los modelos de aprendizaje profundo por IA sigan siendo analizados de forma crítica por los expertos en el área.

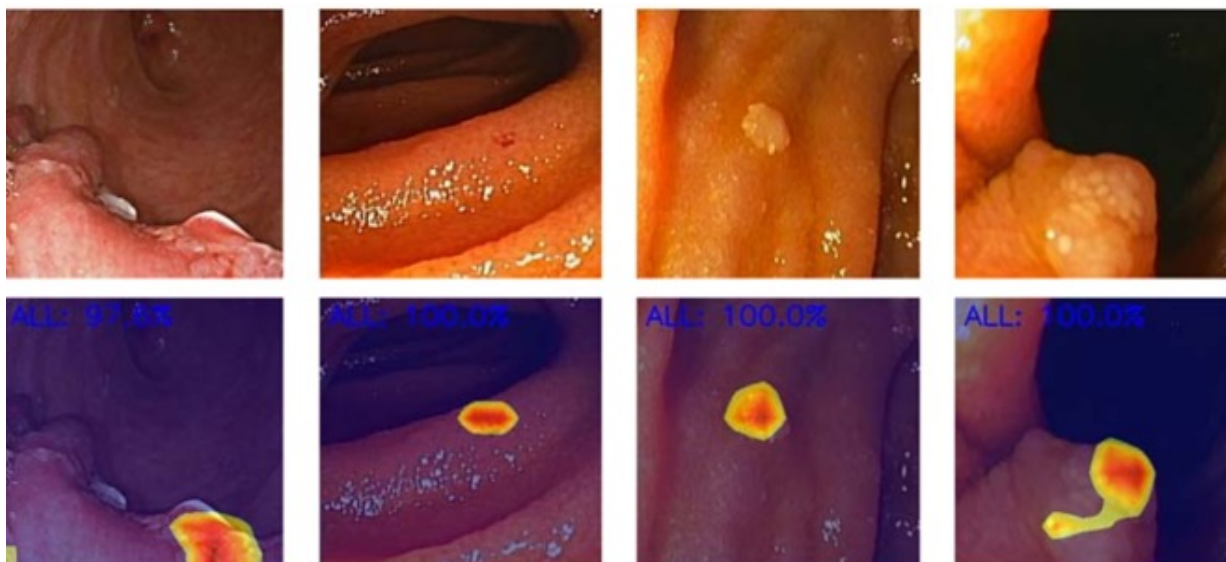


Imagen 2. Mapas de calor generados por la CNN seleccionando la localización de la imagen responsable de la identificación de lesiones clínicamente relevantes. La probabilidad representa el nivel de certeza en la predicción de las lesiones.

Referencias

1. Mendes, F.; Mascarenhas, M.; Ribeiro, T.; Afonso, J.; Cardoso, P.; Martins, M.; Cardoso, H.; Andrade, P.; Ferreira, J.P.S.; Mascarenhas Saraiva, M.; *et al.* *Artificial Intelligence and Panendoscopy – Automatic Detection of Clinically Relevant Lesions in Multibrand Device-Assisted Enteroscopy*. *Cancers* 2024, 16, 208.



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



Agencia Oficial
www.gastrobrasil.com

Estenosis pépticas benignas

Repaso de la literatura

Dr. José Miguel Espinosa González, Dra. Wendy Jaquelyn Porras Martínez, Dra. Génesis Salmai Antonia Pérez Nájera

Unidad de Endoscopia, Hospital Universitario de Puebla (BUAP)

Se conoce como estenosis a la disminución intrínseca de la luz del tracto digestivo evaluada por endoscopia, resultado de diversas etiologías. Se dividen en simples cuando son concéntricas y simétricas, son cortas, rectas y focales. El 70% de estas son pépticas y suelen requerir dos o tres dilataciones. Por su parte, las estenosis complejas se caracterizan por ser largas (>2 cm) y tortuosas.¹

Las estenosis refractarias son aquellas donde no se logra alcanzar un diámetro adecuado (14 mm en cinco sesiones con intervalos de dos semanas), mientras que las estenosis recurrentes se definen como estrechamientos que han alcanzado un diámetro adecuado (14 mm) no logrando mantenerse por cuatro semanas.^{1,2}

Las estenosis se relacionan principalmente por ingestas de cáusticos (50%-60%), estenosis anastomóticas posquirúrgicas (10%-20%), estenosis esofágicas inflamatorias (<1%), pépticas (3%-4%) y tumorales (<0.1%).²

La sintomatología típica es la disfagia progresiva de sólidos a líquidos, dolor retroesternal, pérdida de peso, regurgitación y vómitos.^{1,2}

Dentro de las opciones de tratamiento están la inyección de triamcinolona o mitomicina C, la terapia incisional o la inserción de stent temporal; sin embargo, estas terapias tienen una

eficacia limitada a largo plazo y plantean un desgaste significativo para el paciente y para el sistema de salud.^{2,4}

La meta del tratamiento es eliminar la disfagia y prevenir la recurrencia. La dilatación endoscópica con balón neumático es el tratamiento de elección para la mayoría de las estenosis pépticas benignas y es un procedimiento eficaz y de bajo riesgo con tasas de éxito clínico superiores al 85% a mediano y largo plazo.^{3,5}

A continuación, presentamos cuatro casos de estenosis pépticas benignas tratadas mediante dilatación hidroneumática en el Hospital Universitario de Puebla (BUAP) durante el mes de junio de 2024.

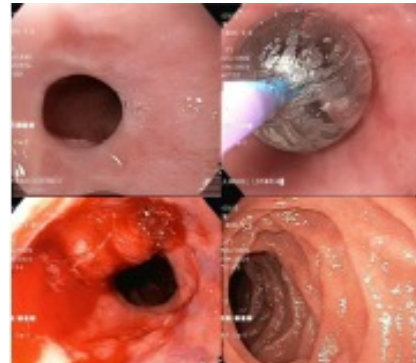


Imagen 1. Paciente masculino de 25 años con diagnóstico de estenosis esofágica de etiología péptica. Antecedente de tres sesiones previas de dilatación (Ver Tabla 1).

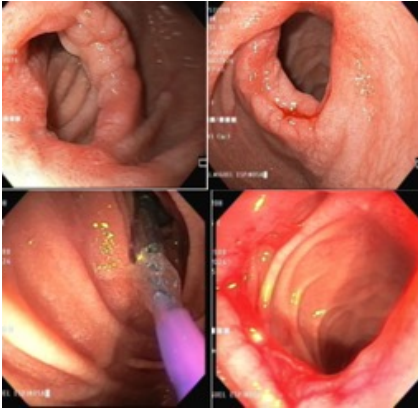


Imagen 2. Paciente femenino de 36 años con diagnóstico de estenosis puntiforme péptica D1-D2. Antecedente de cuatro sesiones previas de dilatación (ver Tabla 1).



Imagen 3. Paciente masculino de 74 años con diagnóstico de úlcera duodenal con estenosis, antecedente de dos dilataciones previas (Ver Tabla 1).



Imagen 4. Paciente masculino de 73 años con antecedente de úlcera gástrica perforada, tratada mediante gastroyeyuno anastomosis. Presentó sangrado de tubo digestivo alto, evidenciándose úlcera de anastomosis con posterior desarrollo de estenosis parcial de la gastroyeyuno anastomosis (ver Tabla 1).

Conclusión

Las estenosis pépticas benignas son una complicación que aparece generalmente en personas de avanzada edad, expuestas a un reflujo gastroesofágico crónico de muchos años de evolución.

Las diferentes guías de práctica clínica y revisiones técnicas reconocen a la esofagitis péptica como la causa más frecuente de estenosis del tracto digestivo con valores que están por encima del 60%-70%.

La ubicación más frecuente de aparición es el tercio distal del esófago y con una corta extensión, resolviendo con un promedio de tres sesiones por paciente, con una tasa de complicaciones del 1%. Las dilataciones esofágicas en presencia de una estenosis compleja constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de una perforación posdilatación. Sin embargo, la dilatación es un procedimiento seguro para el tratamiento de las estenosis esofágicas.

Referencias

1. Alvarado-Blanco Fernando Miguel, Pérez-Delgadillo Alejandra, Galvis-García Elymir Soraya, Sobrino-Cossio Sergio, Velázquez-Aviña Jacobo. *Estudio piloto de educación para autodilatación y mantenimiento en el paciente con estenosis esofágica simple*. Cir. gen [revista en la Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Jun 10]; 41(4): 284-290. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000400284&lng=es. Epub 27-Nov-2020.

2. Subunidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades – Gastroenterología Pediátrica. *Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Estenosis de Esófago*. Ministerio de Salud, Perú. Mayo 2023. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2023/GPC%20DE%20ESTENOSIS%20DE%20ES%20C3%93FAGO%20Mayo%202023FF.pdf>

3. López-Fuentes José G., Pineda-De Paz Mario R., Galicia-Gómez Teresa J., Flores-Renteria Fany J., Rivera-Vicencio Yahaira B., Díaz Coppe-Gutiérrez Adriana *et al*. *Dilatación endoscópica con balón neumático para tratamiento de acalasia esofágica: resultados y evolución a mediano y largo plazo en un centro de tercer nivel*. Endoscopia [revista en la Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 10]; 31(Suppl 2): 481-481. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832019000600481&lng=es. Epub 14-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/end.m19000154>.

4. Gómez Zuleta, M. A., & Ruíz Morales, O. F. (2024). *Autodilatación: una alternativa para el manejo de las estenosis esofágicas refractarias*. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 39(1), 91–93. <https://doi.org/10.22516/25007440.1035>

5. Villar-Tapia Jorge Alejandro, Alzúa-Pichardo Eduardo, Torreblanca-Sierra Luis Federico, Oregel-Aguilar Viridiana, Gutiérrez-Banda Carlos Alfredo, Santos-Grapain Santiago *et al*. *Dilatación endoscópica de estenosis esofágicas benignas: reporte prospectivo de 41 sesiones realizadas en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga*. Endoscopia [revista en la Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 09]; 31(Suppl 2): 370-370. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-64832019000600370&lng=es. Epub 14-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/end.m19000126>.

Paciente	Sitio de estenosis	Diámetro inicial	Número de dilataciones	Diámetro actual (junio 2024)	Mejoría remisión de los síntomas
Masculino 24 años	Esófago	<10 mm	4	14 mm	80%
Femenino 36 años	Píloro	Puntiforme	5	20 mm	Completa
Masculino 74 años	Píloro	<10 mm	3	18 mm	90%
Masculino 73 años	Gastroyeyuno anastomosis	<10 mm	3	20 mm	Completa

Tabla 1. Localización y evolución de estenosis pépticas benignas.

CARRERA

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte



ameg



Sábado
14 · Sep · 2024
07:00 am

CARRERA
3 km

5 km

Patrocinado por:

INHIBITRON **Twit**

Omeprazol / Bicarbonato de sodio

Acapulco, Gro.
del 12 al 16 de Septiembre 2024, México



ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

TALLER DE FISIOLÓGÍA DIGESTIVA



Dr. José Luis
Rodríguez Chávez



Dra. Yolanda
Zamorano Orozco



Dr. Luis Alfonso Martín
del Campo González

CUPO LIMITADO | REGÍSTRATE

14 de Septiembre | Salón B216:00hrs

Sede: Mundo Imperial



@ameg.mexico



@ameg.mexico



@AmegMexico

Quiste de duplicación en cuerpo gástrico: causa infrecuente de hemorragia digestiva

**Dr. Erinaldo J. Morales Mairena, Dr. Pedro L. Pérez Santos,
Dra. Miriam I. Torres Ruiz, Dra. Raquel Y. López Pérez,
Dr. Juan C. Silis Cravioto, Dr. Julio C. Zavala Castillo**

Hospital General de México SS

Los quistes de duplicación gástrica (QDG) son anomalías estructurales poco frecuentes en adultos, que sobresalen hacia la cavidad gástrica y se pueden diagnosticar mediante ecografía endoscópica (EUS), los cuales tienen mayor especificidad y precisión que la tomografía y la resonancia magnética nuclear.

Algunos QDG pueden causar complicaciones como hemorragia digestiva y a su vez puede evolucionar a cáncer en un muy bajo porcentaje.

Caso clínico

Paciente femenino de 18 años sin antecedentes heredofamiliares y personales de importancia. Acude a urgencias por presentar episodios de hematemesis en dos ocasiones y evacuaciones tipo melena, asociado a astenia, debilidad, adinamia y palidez generalizada.

Los signos vitales a su ingreso fueron TA: 80/50, FC: 128, SAT: 90%, con exámenes de laboratorio HB: 5.6g/dl, creatinina: 0.8, TGO: 48 y TGP: 45, por lo que se inicia reanimación

hídrica y transfusión de un concentrado eritrocitario hasta lograr estabilización hemodinámica, solicitando endoscopia.

Como resultado de la endoscopia, se observa sobre curvatura mayor pliegue gástrico engrosado con orificio de 10 mm y úlcera en su borde cubierta de fibrina y mancha de hematina, se avanza a través de orificio ingresando a espacio con presencia de mucosa similar a la mucosa gástrica sin alteraciones macroscópicas y sin comunicación a otra cavidad anatómica, sin evidencia de otra alteración endoscópica. (Imagen 1).

Con resultado previo de endoscopia se solicita ultrasonido endoscópico, en el cual se observa sobre curvatura mayor lesión subepitelial con orificio en su ápice y, mediante técnica de inmersión, se visualiza por ecoendoscopia una imagen anecoica de aproximadamente 36.8 x 8.6 mm, con orificio apical de 5 mm, que depende de la segunda ecocapa, además se visualizan cinco ecocapas subyacentes y suprayacentes normales, bien definidas a la estructura quística, sin identificar lesiones en paredes internas del quiste (Imagen 2).



Imagen 1.



Imagen 2.

Discusión

Los quistes de duplicación gástrica constituyen entre el 4% y el 9% de todos los quistes de duplicación intestinal. Son una malformación gastrointestinal congénita infrecuente en pacientes jóvenes y adultos, son únicos y no se comunican con el lumen gástrico. Estos se clasifican en función de su origen embrionario en quistes esofágicos, gástricos, broncogénicos y neuroentéricos.¹

Se cree que los quistes de duplicación broncogénicos y esofágicos surgen de la gemación anormal del intestino anterior embrionario a las 5-8 semanas de gestación, aunque el origen embrionario exacto de los diferentes tipos de quistes de duplicación sigue siendo desconocido.²

Los quistes de duplicación intestinal se presentan con mayor frecuencia en el íleon, el esófago y el colon, y estos pueden ser quísticos (80%) o tubulares (20%).

El ultrasonido endoscópico (USE) es la herramienta diagnóstica de elección para investigar los quistes de duplicación, ya que puede distinguir entre lesiones sólidas y quísticas.³ El USE muestra quistes de duplicación como lesiones anecoicas y homogéneas con márgenes regulares que surgen de la capa submucosa o extrínsecas a la pared intestinal, aunque también se puede observar un patrón de eco hipoeicoico.⁴

En el USE, las paredes del quiste de duplicación generalmente constan de 3 a 5 capas,^{5,6} también se pueden encontrar en la parte superior del estómago a nivel de los cardias, cerca de la unión gastroesofágica, a lo largo de la curvatura mayor del estómago o en la pared anterior o posterior del fondo.⁷

Desde el punto de vista clínico, estos pueden ser asintomáticos, pero también pueden desarrollar síntomas como dolor abdominal difuso, dolor epigástrico, vómitos, pérdida de peso, obstrucción de la salida gástrica, masa antral ulcerada o retraso del crecimiento y en algunas ocasiones hemorragia digestiva.⁸

Aunque es raro, el sangrado gastrointestinal puede ser resultado de la ulceración péptica de la mucosa gástrica ectópica dentro del quiste y ser una causa de hemorragia digestiva inexplicable.⁹

Hasta la fecha se han reportado menos de 10 casos de cáncer gástrico derivado de un quiste de duplicación gástrica. Dado que todavía es posible que el cáncer surja del epitelio de revestimiento del tipo gástrico o del epitelio ciliado pseudoestratificado del quiste de duplicación gástrica, algunos autores favorecen la cirugía para estas lesiones en pacientes asintomáticos, mientras que otros prefieren el tratamiento conservador, ya que la transformación maligna de estas lesiones es anecdótica.¹⁰

Referencias

1. Wang B, Hunter WJ, Bin-Sagheer S, *et al.* Rare potential pitfall in endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy in gastric duplication cyst: A case report. *Acta Cytol* 2009;53:219-22.
2. Nobuhara KK, Gorski YC, La Quaglia MP, *et al.* Bronchogenic cysts esophageal duplications: Common origins and treatment. *J Pediatr Surg* 1997;32:1408-13.
3. Bhatia V, Tajika M, Rastogi A. Upper gastrointestinal submucosal lesions — clinical and endosonographic evaluation and management. *Trop Gastroenterol* 2010;31:5-29.
4. Domajenko B, Salloum RM. Duplication cyst of the sigmoid colon. *Gastroenterol Res Pract* 2009;2009:918401
5. Wildi SM, Hoda RS, Fickling W, *et al.* Diagnosis of benign cysts of the mediastinum: The role and risks of EUS and FNA. *Gastrointest Endosc* 2003;58:362-8.
6. Eloubeidi MA, Cohn M, Cerfolio RJ, *et al.* Endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration in the diagnosis of foregut duplication cysts: The value of demonstrating detached ciliary tufts in cyst fluid. *Cancer* 2004;102:253-8.
7. Napolitano V, Pezzullo AM, Zeppa P, *et al.* Foregut duplication of the stomach diagnosed by endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration cytology: Case report and literature review. *World J Surg Oncol* 2013;11:33.
8. Bhatia V, Garg PK, Gupta SD, *et al.* Demonstration of peristalsis in gastric duplication cyst by EUS: Implications for diagnosis and symptomatology (with videos). *Gastrointest Endosc* 2008;68:183-5.
9. Lad RJ, Fitzgerald P, Jacobson K. Una causa inusual de pancreatitis recurrente: quiste de duplicación duodenal. *Can J Gastroenterol* . 2000; 14 :341-345. [PubMed] [Citado en este artículo: 2
10. Horne G, Ming-Lum C, Kirkpatrick AW, *et al.* High-grade neuroendocrine carcinoma arising in a gastric duplication cyst: A case report with literature review. *Int J Surg Pathol* 2007;15:187-91.



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



Congreso
14 al 16 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial




Acapulco, Gro.
del 12 al 16 de Septiembre 2024, México



ameg
2023-2024

LII

Reunión Nacional
de Endoscopia Gastrointestinal
Endoscopia Global: Ciencia y Arte

HANDSON | LIEEG

15 DE SEPTIEMBRE

CUPO LIMITADO | REGÍSTRATE



*Vía Biliar Avanzada
Estenosis, Fístulas y SEMS
Resección Mucosa
Manejo Avanzado
de Perforaciones*

Sede: Mundo Imperial



@ameg.mexico



@ameg.mexico



@AmegMexico

¿Cuál es la mejor posición para realizar la colangiografía endoscópica?

Dr. Jony Cerna Cardona

Desde su introducción, la colangiografía endoscópica (CPE) se realizaba con el paciente en decúbito lateral izquierdo, pero con el pasar del tiempo la posición decúbito prono (Imagen 1) se ha convertido en la posición preferida por la mayoría de los endoscopistas que realizan este tipo de procedimiento.¹

Pero, ¿cuáles son las ventajas demostradas de utilizar esta posición durante la CPE? Hasta 2008, no había datos publicados sobre el impacto de la posición del paciente en la seguridad y los resultados de la CPE.

En una revisión sistemática y metaanálisis se demostró que la posición prono tiene una tasa de éxito técnico más alto, con una duración media ligeramente inferior comparada con la posición supina.²

Se ha informado que la posición prona mejora la visualización y la canulación de la ampolla de váter. También permite una mejor imagen radiográfica de la anatomía biliar, lo que reduce el riesgo de canulacio-



Imagen 1. Posición decúbito prono en CPRE.

nes del conducto pancreático (Imagen 2).¹

De hecho, las imágenes fluoroscópicas de la bifurcación, los conductos hepáticos derecho e izquierdo, los conductos biliares intrahepáticos y el conducto pancreático se ven afectados negativamente por la posición lateral izquierda (Imagen 3).^{1,3}

Según un estudio de Park y cols, la posición lateral izquierda para la CPE es tan efectiva y segura como la posición prona. Sin embargo, informaron una mayor tasa de canulación no intencionada del conducto pancreático e inyección de contraste de conducto pancreático; por lo tanto,

sugieren que la posición lateral izquierda debe preferirse inicialmente para pacientes con limitaciones que aumentan la dificultad de la posición prona⁴ (limitaciones del movimiento cervical debidas a lesiones de la médula cervical, operaciones de la columna cervical o cirugía de cuello; enfermedad de Parkinson; contracción muscular debido a infarto cerebral; distensión abdominal; ascitis; cirugía abdominal reciente; obesidad severa; y embarazo).¹ En pacientes con riesgos anestesiológicos particulares, el procedimiento debe realizarse en posición lateral izquierda o después de la intubación traqueal.¹



Imagen 2. Colangiografía en un paciente en decúbito prono.

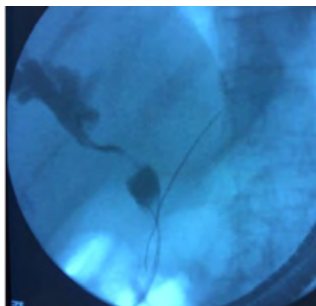


Imagen 4. Colangiografía en posición decúbito lateral, donde se limita la observación adecuada de la bifurcación de los hepáticos y la sobreposición de ambas ramas intrahepáticas.



Imagen 3. Colangiografía en posición decúbito lateral, donde se limita la observación adecuada de la bifurcación de los hepáticos y la sobreposición de ambas ramas intrahepáticas.

La evidencia actual apoya a la posición en decúbito prono como la preferida para garantizar una mayor tasa de éxito técnico y clínico en los procedimientos de CPE; sin embargo, la decisión de cómo colocar al paciente dependerá del contexto y situación clínica de este, así como a la experiencia y preferencia del endoscopista (Imagen 4).

Referencias

1. Polese, L.; Giugliano, E.; Valmasoni, M. *Patient Position in Operative Endoscopy*. J. Clin. Med. 2023, 12, 6822.
2. Mashiana HS, Jayaraj M, Mohan BP, Ohning G, Adler DG. *Comparison of outcomes for supine vs. prone position ERCP: a systematic review and meta-analysis*. Endosc Int Open. 2018 Nov;6(11):E1296-E1301.
3. Froehlich, F. Patient position during ERCP: *Prone versus supine. What about left lateral throughout?* Endoscopy 2006, 38, 7551.
4. Park, T.Y.; Choi, S.H.; Yang, Y.J.; Shin, S.P.; Bang, C.S.; Suk, K.T.; Baik, G.H.; Kim, D.J. *The efficacy and safety of the left lateral position for endoscopic retrograde cholangiopancreatography*. Saudi J. Gastroenterol. 2017, 23, 296–302.



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



**Encuentro Internacional
de Ultrasonido Endoscópico
LATAMUSE**
14 septiembre 2024
Acapulco, Gro. México

Sede: Hotel Mundo Imperial



Indicadores de calidad en enteroscopia

Dra. Mónica Reyes Bastidas

En esta ocasión hablaremos de los indicadores para la calidad en la práctica de enteroscopia, recordando la dinámica acostumbrada.

Antes del procedimiento:

1. Frecuencia en demostrar competencia. La información que existe es limitada al respecto. Existen dos estudios que emplearon un enteroscopio con balón y demostraron que el tiempo que conlleva realizar el estudio y la visualización del intestino delgado mejoran después de llevar a cabo de diez a quince procedimientos. En otro estudio que utilizó un enteroscopio de doble balón (EDB) se observó que el impacto clínico se incrementa de un 58% con 50 procedimientos a 86% con 200.

La realidad es que el posicionamiento de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) sugiere que el entrenamiento en enteroscopia debe ser estructurado y que se requiere llevar a cabo por lo menos 75 procedimientos.

2. Frecuencia con la que se lleva a cabo una enteroscopia para una indicación documentada. Siempre deberá documentarse la indicación en el procedimiento y, en caso de que aún no esté estandarizada, se deberá documentar como lo indica la Tabla 1.

Indicación
Hemorragia de intestino delgado.
Tumores o pólipos en intestino delgado.
Enfermedad inflamatoria intestinal.
Resección de cuerpos extraños.
Dilatación de estenosis.
Colocación de yeyunostomía endoscópica percutánea.
Acceso para CPRE en casos de anatomía alterada.

Tabla 1.

3. Frecuencia con la que se analiza una cápsula endoscópica (CE) o un estudio de imagen antes de llevar a cabo una enteroscopia. Siempre se deben revisar estos estudios antes de una enteroscopia y esto nos lleva a determinar el riesgo/beneficio del procedimiento y planear el abordaje endoscópico de la lesión descrita, así como el tratamiento.

Cuando no contemos con la CE completa, deberán revisarse las fotografías. La identificación de restos hemáticos precisa una urgencia por llevar a cabo la enteroscopia y ofrecer un tratamiento. Muchas veces se pueden confundir con tumores o pólipos en la CE el píloro, ampulla de Vater, válvula ileocecal, protrusiones de los pliegues y burbujas de aire. Las manchas rojas, eritema de la mucosa

o venas prominentes deben ser interpretadas como lesiones vasculares.

El engrosamiento de la pared del intestino delgado en los estudios de imagen (tomografía axial computarizada o resonancia magnética) puede deberse a que no se distiende completamente la luz con el contraste que se administra o a intususcepciones fisiológicas.

4. Frecuencia con la que se discute el manejo de anticoagulantes con el paciente y se documenta el plan de anticoagulación periprocedimiento. Cuando se sospeche que la hemorragia provenga de una lesión que ha sido difícil identificar, se debe realizar la enteroscopia sin discontinuar la anticoagulación. El riesgo de hemorragia asociado con la enteroscopia diagnóstica es bajo (0.2 %), pero se incrementa hasta un 3.3% si se realiza una polipectomía. Inicialmente es razonable continuar con aspirina y AINE antes de la enteroscopia, pero se deben discontinuar los anticoagulantes y otros agentes antiplaquetarios.

5. Frecuencia con la que se documenta cuál ruta de inserción se lleva a cabo, basado en el tiempo de tránsito (SBTT)

en la CE o algún estudio de imagen. La ruta elegida para enteroscopia se basa en la localización de la lesión en el SBTT de la CE o un estudio de imagen. Si se desconoce la localización de la lesión, la ruta deberá elegirse de según la historia clínica, diagnóstico diferencial y tipo de hemorragia. Si una lesión se identifica en más del 75% del tiempo total desde su ingestión hasta la visualización cecal, la decisión por iniciar en sentido retrógrado nos brinda un VPP del 94.7% y un VPN del 96.7%.

Un alcance anterógrado tiene mayor precisión diagnóstica y terapéutica que el acceso retrogrado debido a la localización común de las lesiones vasculares. El acceso anterógrado alcanza una distancia de inserción máxima de 240 hasta 360 cm, mientras que el retrógrado de 102 a 180 cm.

La presencia de melena predice la hemorragia del intestino delgado proximal. Cuando existe hemorragia de origen oscuro masivo se recomienda un acceso anterógrado por la mayor precisión diagnóstica y terapéutica. Se prefiere el acceso bajo en caso de sospecha de enfermedad de Crohn o tumores neuroendocrinos y aquí se debe realizar un enema antes del procedimiento. La enteroscopia total o completa debe ser indicada si una lesión no se logra identi-



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



ficar en el examen inicial y puede lograr un éxito del 35% al 86% de los casos.

Durante el procedimiento:

- 1. Frecuencia con la que se lleva a cabo una enteroscopia después de un episodio de hemorragia.** La enteroscopia debe llevarse a cabo dentro de las primeras 72 horas siempre y cuando esté disponible en casos de urgencia o hemorragia de origen oscuro para optimizar el diagnóstico y lograr un éxito terapéutico.

En pacientes con hemorragia persistente podría ser prudente realizar primero la enteroscopia en lugar de la CE cuando el médico sea un experto. Procedimientos alternos incluyen radiología intervencionista o intraoperatoria cuando no esté disponible el enteroscopia. La eficacia diagnóstica y terapéutica de la enteroscopia es mayor cuando esta se realiza pronto después del evento hemorrágico y disminuye cuando se retrasa el procedimiento.

- 2. Frecuencia con la que se lleva a cabo una insuflación con dióxido de carbono en enteroscopia.** La enteroscopia es un procedimiento que requiere de insuflación de gas para po-

der visualizar el intestino delgado, sin embargo, esto tiene una absorción pobre y genera dolor. El uso de dióxido de carbono (CO₂) en la enteroscopia mejora la profundidad de inserción y reduce el malestar en el paciente, por lo tanto, es el método preferido de insuflación en enteroscopia.

- 3. Frecuencia con la que se estima la profundidad de avance.** Un estimado en el avance en el yeyuno o íleon debería ser documentado como en otros procedimientos endoscópicos para predecir si el sitio de una lesión sospechosa fue evaluado y si es posible llevar a cabo la enteroscopia completa en casos difíciles. Cuando sea posible, debe estimarse la profundidad de inserción en centímetros.

Existen pocas referencias disponibles en el intestino delgado para determinar la distancia de avance o la localización de una lesión en estudios de imagen o enteroscopia. Después de varios ciclos de avance - recorte o con la técnica espiral, la profundidad de inserción se hace más difícil de predecir. La distancia de cada ciclo de avance - recorte se estima en la inserción del endoscopio, y esto es considerado un método validado para medir la profundidad de inserción usando enteroscopia con balón.

ameg
2025-2024

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



LII Reunión Nacional
DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

1º ENCUENTRO INTERNACIONAL DE RESIDENTES

DOMINGO 15 DE
SEPTIEMBRE 2024
16:00 A 18:30 HR

PONENCIAS

PRINCIPIOS DE RESECCIÓN
ENDOSCÓPICA
16:00

TERCER ESPACIO
16:15

CONSTRUYENDO UN CV:
INVESTIGACIÓN Y
PUBLICACIONES
16:30

TERAPÉUTICA EN USE
17:00

COLONOSCOPIA DE CALIDAD
17:15

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA
17:30

FINAL SCOPECHALLENGE
18:00

Primer lugar Scopechallenge 2024
Beca para:



Dr. Mohamed Othman
Houston, TX



Dr. Óscar Hernández
CDMX, MX



Dr. Félix Téllez
Little Rock, AR



Dr. Daniel Escobedo
Guadalajara, MX



Dr. Edgardo Amaya
Hermosillo, MX



Dr. Fernando García
Guadalajara, MX

4. Frecuencia con la que se marca el punto más distal de avance cuando se indica. Cuando no se logra alcanzar una lesión, se debe colocar un tatuaje en el sitio más profundo de inserción para marcar la extensión alcanzada, especialmente cuando se planea llevar a cabo una enteroscopia completa. Esta se lleva a cabo siempre que no se localiza una lesión sospechada en el estudio inicial.

Estimar la profundidad de inserción al continuar durante la enteroscopia es considerado un método imperfecto para determinar el punto distal de avance. El colocar un tatuaje en el sitio de inserción más profundo permite el contemplar una enteroscopia completa. Se ha reportado un éxito mayor en enteroscopia completa cuando se colocan los puntos tanto proximal como distal en días diferentes. En casos donde el paciente requiera una resolución quirúrgica, son estos tatuajes lo que le permitirán al cirujano una guía para localizar la lesión. Existen asas de intestino delgado superpuestas en la cavidad abdominal y por esto debe tenerse cuidado al tatuar. Se sugiere en estos casos inyectar solución salina en la submucosa y después inyectar la tinta.

5. Frecuencia en la caracterización y tratamiento de lesiones clínicamente importantes. La enteroscopia se emplea para la toma de biopsias o brindar un tratamiento de un lesión en intestino delgado que previamente se identificó por CE o algún método de imagen. Localizar una lesión en intestino delgado puede ser un reto debido a su longitud y a la falta de márgenes, por ello es importante documentar que la lesión que se encuentre en enteroscopia se correlacione ya sea con CE o métodos de imagen. La nomenclatura parches eritematosos, manchas rojas y flebectasias deben usarse para describir lesiones encontradas durante la enteroscopia, los cuales

son términos similares propuestos en la nomenclatura para describir lesiones de intestino delgado en CE. Las úlceras y tumores deberán ser biopsiados y marcados para resección. La enteroscopia puede ser empleada para brindar tratamiento a las lesiones vasculares de intestino delgado y para realizar polipectomía. La dilatación de estenosis que generalmente son el resultado del empleo de AINE o enfermedad de Crohn es segura y efectiva para pacientes con una sola estenosis menor a 5 cm que se considera a su vez y no ulcerada.

6. Frecuencia con la que se trata una lesión vascular que se piensa es el origen de la hemorragia. Las lesiones vasculares identificadas en la enteroscopia deberán ser descritas e interpretadas de acuerdo con la nomenclatura propuesta y tratarse con terapia endoscópica cuando se sospecha de hemorragia de intestino delgado. Deben emplearse dispositivos con potencia eléctrica baja, ya que la pared del intestino delgado es delgada.

Se ha propuesto una clasificación para las lesiones vasculares de intestino delgado basándose en si la lesión es plana o punteada (angioectasia), elevada o pulsátil (tipo Dieulafoy) o elevada con dilatación venosa circundante (malformación arteriovenosa). Para las hemorragias de intestino delgado recurrentes debe repetirse la enteroscopia. El índice de hemorragia gastrointestinal (GI) después de tratamiento endoscópico es alto en aquellos con comorbilidades o que cuentan con un dispositivo de asistencia ventricular. Para estos pacientes debe seguirse un manejo conservador utilizando endoterapia combinada con un análogo de somatostatina o somatostaina con hierro intravenoso y transfusiones con o sin endoterapia.

Posprocedimiento

1. **Frecuencia para generar un reporte completo que incluya hallazgos, técnicas específicas, accesorios que se emplearon y efectos adversos.** La enteroscopia es un procedimiento que conlleva esfuerzo. Las lesiones que se encuentren en la exploración deben ser fotografiadas y descritas, y se debe escribir en el reporte la impresión diagnóstica. Este también debe incluir si la lesión mucosa se correlaciona con la lesión que se identificó en la CE o imagen de estudio previos.

El reporte debe incluir ruta de inserción, la estimación de la profundidad de inserción, si la lesión sospechada fue localizada, detalles de las intervenciones terapéuticas, imágenes endoscópicas y fluoroscópicas representativas y eventos adversos, así como la duración del procedimiento. Se debe especificar si la lesión en cuestión se identificó y trató. También deberá documentarse el equipo y técnicas usadas para llevar a cabo el procedimiento, por ejemplo, si un tatuaje se realizó para marcar la profundidad del sitio de inserción, limitaciones que puedan guiar a estudios futuros e imágenes de lesiones encontradas. También deberán documentarse indicadores de calidad comunes a todos los procedimientos GI, así como las biopsias tomadas. Las instrucciones de seguimiento deben incluir información re-

ferente a la dieta, medicamentos, anticoagulantes y planes futuros del endoscopista o si se va a referir a otro servicio.

2. **Frecuencia con relación a los eventos adversos y la documentación del manejo apropiado.** Todos los eventos adversos agudos deberán ser identificados y manejados en forma apropiada. Cuando durante el procedimiento se identifica una perforación, esta deberá ser reparada por vía endoscópica cuando sea posible.

El riesgo de otros eventos adversos como aspiración, pancreatitis aguda, hemorragia y perforación requiere de monitorización después del procedimiento. El riesgo total de eventos adversos con la enteroscopia es de aproximadamente 1.2%. El riesgo se incrementa con las intervenciones terapéuticas e incluyen la cauterización de las lesiones vasculares, dilatación de estenosis y resección de pólipos grandes con un estimado del 4.3% al 8%. Los eventos adversos más comunes son perforación, hemorragia y pancreatitis. Los eventos adversos entre la enteroscopia con uno solo o doble balón son similares. La pancreatitis, un riesgo que se suele asociar con enteroscopia anterógrada, se presenta en menos del 1% de los casos. Los niveles de amilasa y lipasa no se solicitan de rutina a menos que el paciente este sintomático.



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



Sociedad Mexicana
de Gastroenterología
y Endoscopia

CLE con prueba de sensibilidad alimentaria para detectar AAs atípicas en pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico y SII

Revisión de artículo presentado en *Digestive Disease Week (DDW)* - mayo 2024

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Gastroenterología y nutrición pediátrica
Star Médica Hospital Infantil Privado, CDMX

La alergia alimentaria (AA) es un trastorno crónico frecuente que puede afectar a lactantes, niños, adolescentes y adultos. En Estados Unidos se publicó un estudio en 2018 que considera que uno de cada diez adultos y uno de cada doce niños padecen alergias mediadas por IgE¹ -los mecanismos de alergia alimentaria pueden ser mediados por IgE, no mediados por IgE o mixtos.

Las manifestaciones clínicas pueden afectar el tracto respiratorio, piel y el tracto digestivo, y son variadas. Rath *et al*² demostraron en 96% de pacientes adultos con AA disfunción de la barrera epitelial intestinal *in vivo* a través de endomicroscopia confocal láser (CLE), con un valor predictivo negativo del 95.7%.

De manera similar, Fritscher-Ravens *et al*³ observaron, a través de la CLE, rupturas epiteliales y ampliación de los espacios intervellosos, al administrar directamente alérgenos a la mucosa duodenal en pacientes adultos con síndrome de intestino irritable y pruebas serológicas IgE de alérgenos alimentarios negativas.

Se trata de un estudio retrospectivo, realizado en un centro hospitalario, de 19 pacientes de 2 a 19 años, que fueron sometidos a esofagoduodenoscopia + CLE con prueba de sensibilidad a alérgenos alimentarios (Food Allergy Sensitivity Testing o FAST) de septiembre de 2019 a junio de 2023.

A todos los pacientes se les realizaron pruebas serológicas IgE específicas de alérgenos alimentarios y serología para enfermedad celíaca. A los pacientes con pruebas serológicas negativas se les solicitó realizar dieta de eliminación de leche, soya, cacahuates, huevo, trigo, pescado y mariscos por una a dos semanas previas a los procedimientos, así como llevar un diario de alimentación.

La prueba FAST consistió en esofagoduodenoscopia estándar inicial para valorar integridad de la mucosa duodenal, seguido de inyección de fluoresceína al 10% IV (1-2.5 ml). Posteriormente se realiza un lavado con solución salina en el duodeno y se administra el primer alérgeno. Después de dos

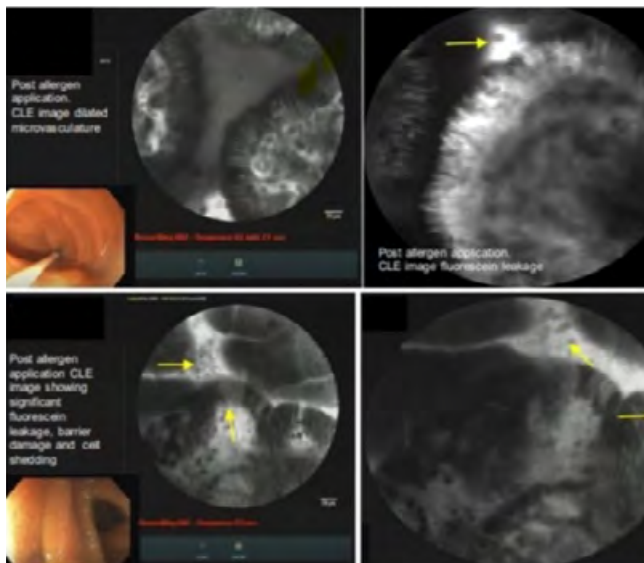


Imagen 1. CLE que demuestra fuga de fluoresceína y desprendimiento de células en la mucosa duodenal.

Fuente: Dr. Clifton Huang.

minutos se realiza inspección con la sonda de CLE. Una prueba FAST positiva se consideró cuando se observó: 1) fuga de fluoresceína y 2) desprendimiento de células. Este procedimiento se realizó con tres potenciales alérgenos en cada paciente.

Resultados

De los 19 pacientes, con edad media de 11.57 años, doce presentaron pruebas serológicas negativas para alérgenos alimentarios y enfermedad celíaca. Ocho de estos pacientes (66.7%) presentaron CLE positivo, siendo el alérgeno más común el trigo. Al seguimiento, siete pacientes con CLE/FAST positivo reportaron mejoría de sus síntomas al eliminar el/los alérgeno(s) de la dieta.

La detección de alergias alimentarias por CLE con FAST es una herramienta promisoría para detectar alergias alimentarias en pacientes con presentaciones atípicas. La realización de este tipo de procedimientos endoscópicos en pacientes con síntomas atípicos o no claros de alergia es una gran alternativa para poder lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Referencias

1. Warren CM, Jiang J, Gupta RS. *Epidemiology and burden of food allergy*. Curr Allergy Asthma Rep 2020; 20(2): 6.
2. Rath T, Dieterich W, Kätscher-Murad C, et al. *Cross-sectional imaging of intestinal barrier dysfunction by confocal laser endomicroscopy can identify patients with food allergy in vivo with high sensitivity*. Sci Rep 2021; 11(1): 12777.
3. Fritscher-Ravens A, Schuppan D, Ellrichmann M, et al. *Confocal endomicroscopy shows food-associated changes in the intestinal mucosa of patients with irritable bowel syndrome*. Gastroenterology 2014; 147(5): 1012.

Journal Club desde Birmingham

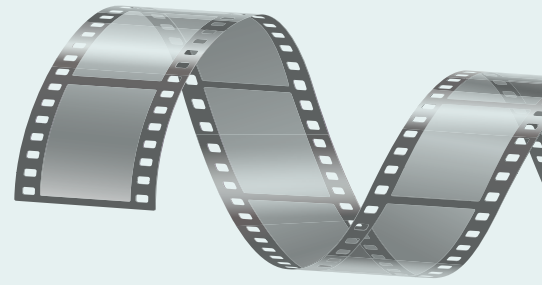
Novedades en Endoscopia

Miércoles 25 de septiembre, 21:00 hrs.

Coordinador:
Dr. Sergio Sánchez Luna

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

2023-2024



Cartas a Dios

Cuando la esperanza es realmente lo último que muere

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Disponible en Netflix, *Cartas a Dios* (o *Cartas al cielo*) es una película de 2010 basada en la historia real de Tyler Doherty, un niño de ocho años posoperado de meduloblastoma de mal pronóstico y bajo tratamiento de quimioterapia. Su familia acaba de sufrir la pérdida de su padre, por lo que la madre (enfermera) y el hermano mayor adolescente también se encuentran enfrentando esta pérdida y manejando la enfermedad de Tyler.

El niño tiene a su mejor amiga de la escuela, Samantha, y a su abuela Olivia, quienes forman su círculo cercano. A este mundo llega Brady, el cartero del barrio, quien también pasa por problemas personales.

Consciente de su enfermedad y probable desenlace, y ante la incapacidad de acudir regularmente a la escuela y la soledad o aislamiento que esto le genera, Tyler empieza a escribir cartas hacia quien considera su mejor amigo, Dios, en las que plasma sus deseos y oraciones, que no son solo para él, sino para todos los involucrados en la historia.

A lo largo de la película, Brady se involucra cada vez más con la familia de Tyler, asistiendo a fiestas familiares, jugando con

Tyler, etcétera, todo esto después de haber leído alguna de las cartas de Tyler, ya que el niño se las entregaba al cartero suponiendo que él sabría cómo hacérselas llegar a Dios.

La película transcurre con la vida de Tyler, lo que un niño de ocho años haría, como acudir a la escuela cuando puede, donde es víctima de *bullying* por la pérdida del pelo, jugar fútbol - pero con las consecuencias de la quimioterapia no es como debería-, una fiesta de disfraces, entradas y salidas del hospital, etcétera.

Las actuaciones no son de lo mejor y se nota claramente la influencia cristiana en la producción, sobre todo al final y en muchos de los diálogos. Pero fuera de esto, la historia es conmovedora y capaz de aflorar un bonito sentimiento y mayor empatía hacia las personas que atraviesan por enfermedades, especialmente los niños. Y, como Tyler lo demuestra, muchas veces son ellos los que tienen las mayores esperanzas y eso es lo último que pierden. Finalmente, posterior al desenlace, hay una actualización pues esta historia real sirvió para la inspiración de obras benéficas para la población infantil con cáncer.

CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA



LA ASOCIACION MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL
Y COLEGIO DE PROFESIONISTAS, A.C.

CONVOCA

A todos sus asociados (que estén al corriente en el pago de sus cuotas de anualidad 2023-2024, a la Asamblea General Ordinaria, en formato presencial, que se llevará a cabo dentro de las actividades de nuestra la LIJ Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal, el domingo 15 de septiembre de 2024 a las 16:00 horas, de conformidad con lo establecido en el artículo 12 de los Estatutos Sociales conforme la siguiente:

Orden del día

1. Primera convocatoria de Asamblea Ordinaria 16:00 horas
2. Registro de Asistencia (cierre del registro a las 16:00h en primera convocatoria)
3. Designación de escrutadores por la Secretario Propietario 1
4. Declaración de estar legalmente instalada si existe una asistencia del 50% más 1 de los asociados al corriente de sus cuotas.
5. Segunda Convocatoria de Asamblea Ordinaria 16:15 horas, de ser necesario. (cierre del registro a las 16:15h en segunda convocatoria)
6. Se pone a su consideración la aprobación del Acta de Asamblea anterior (que se difundió a los Socios previamente para su lectura). Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís
7. Informe de Actividades del Presidente periodo 2023 - 2024. Dr. José Guillermo de la Mora Levy
8. Informe de las Actividades de la Tesorera periodo 2023 - 2024. Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán
9. Designación del segundo Vicepresidente periodo 2024 – 2025. (Artículo 14.7 de los estatutos vigentes) En caso de haber candidato único, se solicitará la aprobación de la Asamblea para su nombramiento. En caso de que la Asamblea no apruebe al candidato único, esta solicitará candidatos de viva voz, que cumpla con lo establecido en el Artículo 14.1 El segundo Vicepresidente será electo en forma alterna entre un miembro que radique en la Ciudad de México. Deberá tener una antigüedad mínima ininterrumpida en la Asociación de diez años previos a la elección y haber ocupado al menos un cargo en el Consejo Directivo, que le permita conocer el funcionamiento de la AMEG CP y que haya desempeñado apropiadamente dicho cargo; entre los presentes para elegir un Presidente Interino que convocará a nuevas elecciones en Asamblea Ordinaria, 60 días después de la Reunión Nacional.
10. Designación del Subtesorero periodo 2024 – 2025. (Artículo 14.2 y Artículo 14.7 de los estatutos vigentes). 14.2 El Subtesorero, por razón de estar la sede del Colegio en México D.F., deberá radicar en la misma Ciudad de México.
11. Ratificación o nombramiento de los Comisarios 2024-2025
12. Asuntos Generales registrados en tiempo y forma.

Dr. Raymundo Díaz Seoane - En la asamblea pasada (2023) se discutió la alternancia de la elección de vicepresidencia entre Ciudad de México y la provincia, especificado en el artículo 14.1 de nuestros estatutos. Solicita que al final del 14.1, agregar lo siguiente: "En caso de que al día 30 del mes de junio del año en curso no haya ningún candidato inscrito para ocupar este cargo, la convocatoria quedará abierta para que cualquier socio que cumpla con los requisitos, sin importar el lugar de residencia, pueda participar en la elección". Esto aplicaría tanto si es en el año que le corresponde a la ciudad de México o a cualquier estado de la República.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco - Presentación Comité de Mujeres Endoscopistas (FEMSCOPE)

A los socios activos interesados en participar en asuntos generales deberán enviar su propuesta al correo electrónico de AMEG: ameg@endoscopia.org.mx, a más tardar el día 06 de septiembre del 2024.

Dr. José Guillermo de la Mora Levy
Presidente

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís
Secretario Propietario 1

