

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

EN VÍA BILIAR

Bariatric Reduction System (BARS)

Carcinoma neuroendocrino de células grandes en el estómago

Pólipos y los indicadores de calidad para la colonoscopia

Adenoma Paris 0-Ip.



DIRECTORIO

Presidenta de la AMEG:

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Coordinación Editorial:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

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. Andrea Castro-Sánchez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dra. Katya Cortés-Juárez

Dra. Denice Cortés-Paz

Dr. Miguel A. Herrera Servín

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Dr. Eduardo Jaime Ruíz-Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. Sergio Sánchez-Sosa

Dra. Danery Valdez-Ocrosopoma

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

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

Contacto:

Dr. Andrés Santiago Hernández Ángeles

✉ andres.santiago.ha@gmail.com

3 EDITORIAL

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

5 ENDOSCOPIG

¿Y A NOSOTROS QUIÉN NOS CUIDA?

6 Ergonomía en endoscopia

Dr. Miguel A. Herrera Servín

ENDOSCOPIA BARIÁTRICA

9 Bariatric Reduction System (BARS)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

CÁPSULA ENDOSCÓPICA

13 CEP como primera línea en pacientes con sospecha de hemorragia digestiva media-baja

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

CASO CLÍNICO

16 Carcinoma neuroendocrino de células grandes en el estómago: Reporte de caso

Dra. Katya Cortés-Juárez / Dr. Eduardo Jaime Ruíz-Ballesteros / Dra. Andrea Castro-Sánchez / Dr. Sergio Sánchez-Sosa / Dra. Danery Valdez-Ocrosopoma / Dra. Denice Cortés-Paz

EN VÍA BILIAR

19 Perforación duodenal posCPRE: ¿cómo sospecharla, diagnosticarla y manejarla?

Dr. Jony Cerna Cardona

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

22 Indicadores de calidad en ultrasonido endoscópico

Dra. Mónica Reyes Bastidas

PÓLIPOS

26 Pólipos y los indicadores de calidad para la colonoscopia (actualización 2024)

Dra. Lucía Vásquez Sánchez / Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

MEDI-CINE

30 Vivir 100 años. Los secretos de las zonas azules

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

A lo largo de su historia, la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG) se ha caracterizado por ser un referente en varios puntos: educación continua, actualización del socio, comunicación con sociedades similares con los mismos intereses académicos en lo referente a la endoscopia. Este año de gestión 2024-2025, es un reto, queridos socios y colegas, ya que, como lo dije en la última Reunión Nacional en Acapulco, ¡la AMEG se viste de Rosa!

Por cuarta ocasión, me toca muy orgullosamente participar y ser líder de este proyecto de la AMEG y me siento muy honrada, pues el toque femenino de la inclusión se distinguirá en este nuevo año. Son muchos los proyectos de trabajo en equipo, de innovación, de actualización continua y, sobre todo, de comunicación efectiva y asertiva.

El equipo de expertos y nuevos talentos será, sin duda, un buen maridaje del conocimiento, pues la intención es la combinación de la experiencia de los grandes maestros con nuestros socios jóvenes.

Uno de los aspectos que quiero enfatizar es el retomar puntos previos que han resultado favorablemente para la AMEG, como el Curso de Actualización para los médicos que presentarán el examen de Consejo y las Guías de Buena Práctica Endoscópica, ya que son dos años que no se han realizado y es la AMEG el referente académico para poder llevarlo a cabo; el objetivo es realizar dos y presentarlas en nuestra siguiente Reunión Nacional.

Como parte de los propósitos de esta gestión es el seguir con los cursos en nuestro Laboratorio de Innovación y Entrenamiento Endoscópico Gastrointestinal (LIEEG), que han resultado ser un éxito, por lo que continuarán en el mismo formato híbrido para comodidad de nuestros socios.

Las sesiones mensuales, que han sido un referente y distintivo de nuestra querida Asociación, tendrán la modalidad de ir sumando a todos los profesores extranjeros que serán nuestros invitados internacionales, así como la integración de las actividades académicas del grupo de Mujeres Endoscopistas en México (FEMSCOPE) e invito a todas nuestras estimadas socias a que se unan a este grupo.

Otros magnos eventos que faltan por mencionar son dos Reuniones Regionales en Puebla y San Luis Potosí, con tópicos actuales y una lista muy prometedora de profesores nacionales y extranjeros en modalidad presencial y virtual.

ECOS Endoscópicos, a celebrarse del 17 al 19 de julio de 2025, se llevará a cabo en el ya tradicional Hospital Español de México, presentando durante tres días el resumen de los trabajos presentados en la Digestive Disease Week (DDW) 2025, que se realizará en San Diego y en este foro internacional continúa la presentación del Simposio ASGE-AMEG con tópicos de colonoscopia.

Finalmente está nuestra próxima Reunión Nacional número 53 en el maravilloso Puerto Vallarta con un ambicioso programa en el Curso de Posgrado y Congreso correspondiente, en donde los espero para poder concluir este gran proyecto de vida profesional y personal. Por favor, no olviden las fechas del 13 al 17 de septiembre, no pueden faltar. Y, por último, les presento el lema de esta gestión: liderazgo (rosa), innovación e inclusión.

Los veo en todos nuestros eventos académicos endoscópicos, cuyo objetivo es la satisfacción y actualización constante de todos nuestros queridos socios.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Presidenta 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.**



¿Sabías que la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) ha publicado recientemente una actualización de los indicadores de calidad para los procedimientos endoscópicos?

- La primera versión, que documenta indicadores de calidad de manera general para todos los procedimientos endoscópicos, fue publicada en 2006 y posteriormente revisada en 2015.
- Aunque hay un documento para cada procedimiento en específico, en esta actualización se abarca lo que deberíamos esperar en cada una de las endoscopias, sugiriendo un objetivo mayor al 98% de las ocasiones.
- Los indicadores se dividen en tres categorías: preprocedimiento, intraprocedimiento y posprocedimiento.
- En el posprocedimiento otro indicador prioritario es la frecuencia con la que se documentan los eventos adversos.
- Se destaca que en ocasiones hay una falta de buena comunicación entre el endoscopista y el paciente y/o con otros médicos.
- Te invitamos a seguir leyendo *GEMA*, donde este año en cada número hemos estado hablando de todos estos temas a detalle.

¿Quieres saber más?

- Elmunzer, B *et al.* *Quality indicators common to all GI endoscopic procedures.* Gastrointestinal Endoscopy, Vol 100, issue 3, 382-394.



Síguenos: @endosco_pig



Ergonomía en endoscopia

Dr. Miguel A. Herrera Servín

*“Hay dos tipos de personas en este mundo:
las que están motivadas por la emoción de la victoria
y las que están motivadas por el miedo a la derrota”.*

ZAK BROWN

Director Ejecutivo de McLaren Racing

Como hemos visto en entregas anteriores, la ergonomía es parte del éxito (y salud propia) de nuestros procedimientos, prestar especial atención a aquellos detalles que podemos modificar en nuestro entorno puede ayudarnos a disminuir o evitar la fatiga, dolores en cuello, espalda o brazos tanto de forma aguda como crónica.

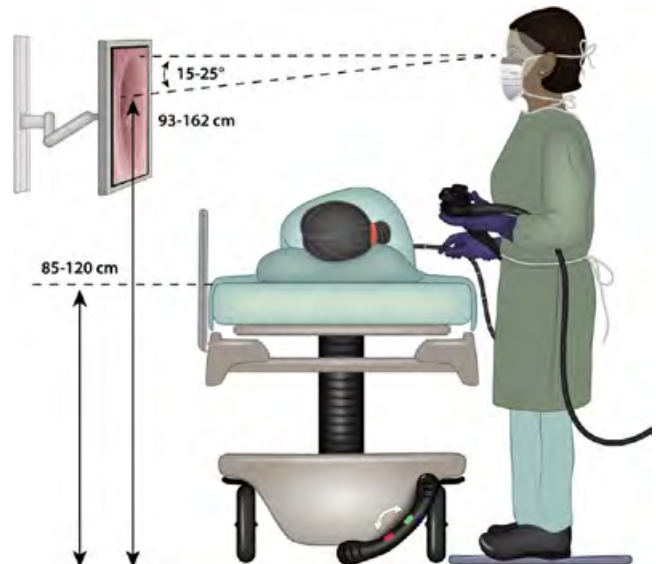
Por lo anterior, ahora nos toca platicar de forma breve cómo podríamos o deberíamos acomodar nuestra sala de endoscopia y te preguntarás ¿por qué es necesario esto? la respuesta es fácil: ¡Porque es ahí donde pasamos la mayor parte de nuestro día (trabajo)!¹ Así es que, en aquel lugar donde nosotros somos “la estrella” debemos hacer todo lo posible para que sea el mejor lugar de trabajo.

Es importante entender que todos somos diferentes, tanto en estatura, fuerza y complejión, y aunque en los enunciados siguientes mencionaremos distancias sugeridas por la literatura,² es importante adaptarlas pensando en las características propias de cada uno de nosotros.

Imagen 1. Esquema que representa la posición del monitor, camilla y torre (no visible) con respecto al endoscopista. Tomado de Gastrointest Endosc 2019;90:966-70.

Sugerencias para adaptar las salas de endoscopia a nuestras necesidades

La disposición ideal de monitores, torre de endoscopia y camilla debe permitir realizar procedimientos en posición neutral y natural, evitando la rotación, hiperextensión o flexión constante y extremas de las diferentes partes de nuestro cuerpo (Imagen 1).^{3,4}



- **Iluminación:**^{5,1,6} juega un rol tanto estético como psicológico que debe generar un entorno agradable, idealmente debe ser de tipo luz neutra (4000k), de intensidad ajustable (300-1000 lúmenes), de tipo LED, que no genere reflejos o sombras que afecten la capacidad visual o limitar la visión del monitor. Es importante evitar los destellos o los cambios bruscos de intensidad.
- **Monitor:**^{7,8} idealmente debe haber dos monitores, uno de estos con capacidad de poder movilizarse, ya sea de forma horizontal o vertical (angulaciones) y de ajustar la altura. Se ha sugerido que la distancia ideal entre el monitor y los ojos del endoscopista que permite ver todos los detalles de la imagen debe estar entre los 52 y 182 cm de distancia con una altura del piso entre 93 y 162 cm, permitiendo que el monitor esté a nivel de reposo de nuestros ojos y hasta 15-20 grados por debajo del horizonte de visión (aproximadamente 20 cm) esto a fin de evitar movimientos oculares excesivos y tensión en el cuello.
- **Posición de la torre de endoscopia:**⁹ las posiciones de la torre que mejor favorecen la movilidad, evitan tensión o torsión del endoscopio y favorecen el flujo de trabajo, son aquellas en las que la torre de endoscopia está a nues-

tras espaldas (la más ideal) o cuando está a la derecha de nosotros (esta última debe permitir el espacio suficiente para que el técnico nos pueda asistir de la mejor manera, ya que el puerto de accesorios está orientado a la derecha).

- **Altura de la camilla:**^{7,4} se recomienda utilizar camillas de altura ajustable, ya que la altura del colchón debe estar a no más de 10 cm por debajo de la articulación del codo, permitiendo angulaciones de entre 0 a 10 grados, esto a fin de evitar flexión o extensión excesivos. Lo anterior se logra cuando la distancia entre el piso y el nivel superior del colchón están en promedio entre 85 a 120 cm del piso. Como referencia se ha sugerido que el nivel de inserción del endoscopio al cuerpo debe estar al mismo nivel de la conexión entre el endoscopio y la torre.
- **Tapetes acolchados antifatiga:**¹ estos tapetes deben tener un tamaño que abarque los movimientos (desplazamiento) naturales durante un procedimiento, amortiguan la pisada, se adaptan a la forma del pie y disminuyen la tensión en los puntos de presión y evitando fatiga y dolor (Imagen 2).⁹ Deben terminar en bisel con esquinas redondeadas (para evitar accidentes), no deben afectar la colocación y acceso a los pedales, deben ser de fácil lavado (el lavado debe ser constante para evitar contaminación), pueden tener niveles para movilizar los pies (descansa pies) y evitar posiciones estáticas. Como alternativa está el uso de calzado especial cómodo para uso médico o plantillas acolchadas.
- **Cables y conexiones:**⁷ con el fin de evitar accidentes (incluyendo descargas), las conexiones deben estar lejos del área de trabajo (pero visibles y accesibles), se ha sugerido conexiones al techo como una opción, en lo pertinente todos los cables deben estar protegidos o empaquetados para evitar tropiezos o enredos (Imagen 3).

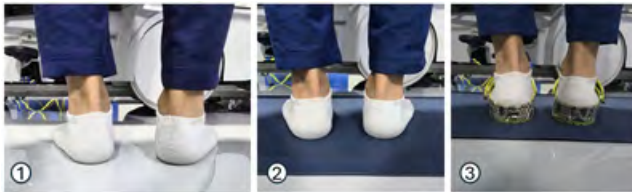


Imagen 2. 1) La falta de un tapete antifatiga ocasiona cansancio en las extremidades inferiores al tenerse que adaptar el pie al piso, sin amortiguación, 2) el tapete se adapta a los pies disminuyendo el cansancio y la tensión al estar de pie, 3) uso de zapatillas cómodas y de tapete antifatiga.

- **Otros:** uso de colores cálidos o neutros en las paredes (que eviten reflejos o destellos), música agradable, medias o calcetas de compresión, uso de lentes de protección (con o sin graduación), piso antideslizante, evitar tener objetos con esquinas puntiagudas (monitores, mesas, carritos etcétera), tener pequeños descansos entre estudios, realizar ejercicios de estiramiento o calentamiento y, sobre todo, expresar si el entorno no es el ideal.

Lo más importante es un equipo de trabajo que, en conjunto, entienda la importancia de la ergonomía y que de forma constante se comunique cuando estemos tomando posiciones que nos ocasionen daño (agudo o crónico).



Imagen 3. Ejemplo de organizador de cables: Este tipo de protectores mantienen los cables unidos y organizados para evitar que estén sueltos y ocasionen accidentes.

Lo anterior son sugerencias, recalco, todo debe ser adaptado a las posibilidades de nuestro entorno y a las características físicas de cada uno de nosotros.

Espero que esta entrega te ayude a ver qué se puede mejorar en tu entorno de trabajo. En la siguiente, revisaremos cómo debemos tomar el endoscopio de forma segura y, claro, ergonómica.

Referencias

1. Tan G, Rao S. *Part I: How to ergonomically design a modern endoscopic suite.* Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. 2019; 21: 133-139.
2. Walsh C, et al. *Core curriculum for ergonomics in endoscopy.* GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. 2021; 93(6): 1222-1227.
3. Shergill. A. *Ergonomic endoscopy: An oxymoron or realistic goal?* Gastrointest Endosc. 2019;(90): 966-70.
4. Patel S. *Integrating Ergonomics into Endoscopy Training: A Guide for Faculty and Fellows.* Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2023; 21: 868-872.
5. *Guía Técnica de Eficiencia Energética en iluminación.* [Online]. [cited 2024 Sep. Available from: https://www.idae.es/sites/default/files/general_content/GU%C3%8DA%20HOSP.PDF%20FINAL%20CON%20ACCES.pdf.
6. Baggott B, El Zein M, Enslin S, et al. *American College of Gastroenterology.* [Online]. [cited 2024 sep. Available from: <https://webfiles.gi.org/links/pm/ACGEndoscopyManual.pdf>.
7. Lipowska A, Shergill A, et al. *Ergonomics of Endoscopy.* Gastrointest Endoscopy Clin N Am. 2021; 31: 655-669.
8. Lipowska A, Shergill A. *Ergonomics in the Unit: Modeling the Environment Around the Endoscopist.* Techniques and Innovations in Gastrointestinal Endoscopy. 2021:: 256-262.
9. Soetikno R, et al. *Holding and manipulating the endoscope: A user's guide.* Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. 2019; 21: 124-132.
10. COMMITTEE ASOP. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of ergonomics for prevention of endoscopy-related injury: summary and recommendations.* Gastrointestinal Endoscopy. 2023;(98): 482-91.

Bariatric Reduction System (BARS)

Dr. Andrés Rodríguez Parra

Hospital Santa Inés, Cuenca – Ecuador

La cirugía metabólica, junto con modificaciones en el estilo de vida, representa el enfoque más exitoso en el largo plazo para el tratamiento de la obesidad mórbida y sus enfermedades secundarias relacionadas.

El *bypass* gástrico en Y-de-Roux es uno de los procedimientos de pérdida de peso más efectivos del mundo. Logra una pérdida promedio de exceso de peso en un año de aproximadamente el 70% y una pérdida de peso persistente de casi el 60% después de diez años.

Sin embargo, una recuperación de peso significativa después del segundo año de cirugía se ha reportado en un número no despreciable de pacientes, de modo que una recaída con el regreso de comorbilidades relacionadas con la obesidad se está volviendo un tema relevante para hasta un tercio de los pacientes después de este tipo de cirugías.

La hipoglucemia poscirugía bariátrica es una condición bastante frecuente *posbypass*, estando relacionado con Síndrome de *dumping* debido al paso rápido de los alimentos hacia el yeyuno. Se controla principalmente con la dieta, pero a veces puede convertirse en un problema potencialmente mortal con episodios graves de hipoglucemia.

Ambas condiciones tienen una etiología compleja, sin embargo, entre los factores anatómicos, la dilatación de la gastro-yeyunostomía ha demostrado ser un predictor de reganancia de peso, debido a pérdida de restricción en la anastomosis gastro-yeyunal.

En estos casos, rehacer la cirugía es una opción, aunque se conoce una mayor morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costos en comparación con la cirugía bariátrica primaria. Esto ha dado lugar recientemente a varios procedimientos endoscópicos de reducción de la salida gástrica, para tratar la reganancia de peso y la hipoglucemia posquirúrgica.

Es bien conocido que la terapia endoscópica se considera una herramienta fundamental en los últimos años, se han descrito varias técnicas ya mencionadas en ediciones anteriores. En esta ocasión hablaremos del sistema BARS.

Sistema BARS: un análisis exhaustivo

El sistema BARS (Bariatric Reduction System) ha emergido como un enfoque innovador en el campo de la endoscopia bariátrica. Este sistema, que combina tecnología avanzada con técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, se ha diseñado para mejorar la calidad de vida de pacientes con obesidad severa, especialmente aquellos que han experimentado reganancia de peso tras procedimientos como el *bypass* gástrico.

En este análisis, abordaremos en profundidad el funcionamiento del sistema BARS, su uso específico en pacientes con *bypass* gástrico, sus ventajas sobre el método TORe (Transoral Outlet Reduction), su aplicabilidad en la reganancia de peso, costos asociados y futuros usos.



Imagen 1. Sistema BARS implantado en el endoscopio.

El Sistema BARS es un dispositivo implantable que se utiliza para restringir la capacidad del *pouch* gástrico, facilitando la pérdida de peso (Imagen 1). A través de un procedimiento endoscópico, se coloca un dispositivo tipo OTSC (Ovesco) alrededor de la anastomosis gastroyeyunal, disminuyendo el orificio de salida tras la regulación del diámetro de la anastomosis.

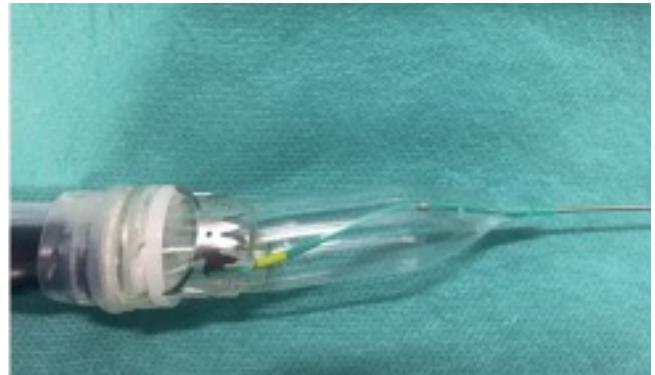


Imagen 2. Implantación del sistema BARS.

Procedimiento de implantación

La implantación del sistema BARS se realiza bajo sedación profunda, preferentemente anestesia general, y puede llevarse a cabo en un entorno ambulatorio. La técnica endoscópica minimiza el trauma quirúrgico, lo que se traduce en una recuperación más rápida y menos complicaciones en comparación con métodos más invasivos.

Luego de una endoscopia diagnóstica previa en donde se visualice el aumento del diámetro de la anastomosis, se introduce el *clip* con el sistema montado en el endoscopio (se puede introducir con un balón dilatador para disminuir el trauma) y posteriormente se identifica la anastomosis y con ayuda de las pinzas de tracción del tejido se libera el *clip* sobre el área a reducir (la liberación del *clip* es semejante a ligadura en banda o *clip* OveSco).

Uso en pacientes con *bypass* gástrico

El *bypass* gástrico es uno de los procedimientos más comunes en la cirugía bariátrica. Aunque es altamente eficaz para la pérdida

de peso, algunos pacientes pueden experimentar reganancia de peso a lo largo del tiempo. Esto puede deberse a diversos factores, entre los principales, los cambios anatómicos: dilatación de la anastomosis, adaptación del cuerpo al nuevo tamaño del estómago, cambios en los hábitos alimentarios o la falta de adherencia a las recomendaciones dietéticas.

El sistema BARS se ha introducido como una opción terapéutica para aquellos pacientes que han tenido un *bypass* gástrico y que presentan reganancia de peso. La reintroducción de una restricción adicional a través del BARS puede ayudar a estos pacientes a volver a una pérdida de peso efectiva y sostenida.

Beneficios para pacientes con *bypass* gástrico

1. Control del peso.
2. Mejora de la saciedad: la creación de un reservorio gástrico más pequeño puede incrementar la sensación de saciedad, haciendo que los pacientes se sientan llenos con porciones más pequeñas.
3. Menos invasivo: la técnica endoscópica utilizada para implantar el BARS minimiza el trauma adicional al cuerpo, lo que es especialmente importante en pacientes que ya han pasado por una cirugía bariátrica.

Ventajas del sistema BARS sobre el método TORe

El método TORe (Transoral Outlet Reduction) es una técnica endoscópica que implica la reducción del tamaño del estómago mediante la sutura del orificio pilórico y aplicación de plasma de argón. Aunque esta técnica ha mostrado eficacia en la reducción del tamaño del estómago y en la pérdida de peso, también presenta desventajas que el sistema BARS busca mitigar.

Comparación de eficiencia

1. Tasa de complicaciones: estudios han mostrado que el sistema BARS tiene una menor tasa de complicaciones posoperatorias en comparación con TORe. Las complicaciones comunes de TORe pueden incluir sangrado y fuga.
2. Ajustabilidad: a diferencia de TORe, donde el tamaño del estómago se fija, el BARS permite ajustes en el anillo, lo que proporciona una mayor personalización en el tratamiento.
3. Reversibilidad: el sistema BARS es reversible, lo que significa que, si el paciente desea revertir el procedimiento, se puede retirar el dispositivo con relativa facilidad. En contraste, TORe implica cambios semipermanentes que pueden ser más difíciles de revertir.
4. Eficacia a largo plazo: los estudios sugieren que el sistema BARS puede ofrecer una eficacia a largo plazo superior en comparación con TORe, ya que permite a los pacientes mantener una restricción controlada a lo largo del tiempo, aunque no se ha demostrado en estudios de relevancia estadística.

La eficacia del sistema BARS en la reganancia de peso también depende de la implementación de programas de soporte continuo, que pueden incluir:

1. Orientación nutricional: ayudar a los pacientes a comprender la importancia de una dieta balanceada y adecuada.
2. Ejercicio físico: promover la actividad física regular como parte del estilo de vida.
3. Seguimiento psicológico: abordar aspectos emocionales y psicológicos relacionados con la alimentación y el peso.

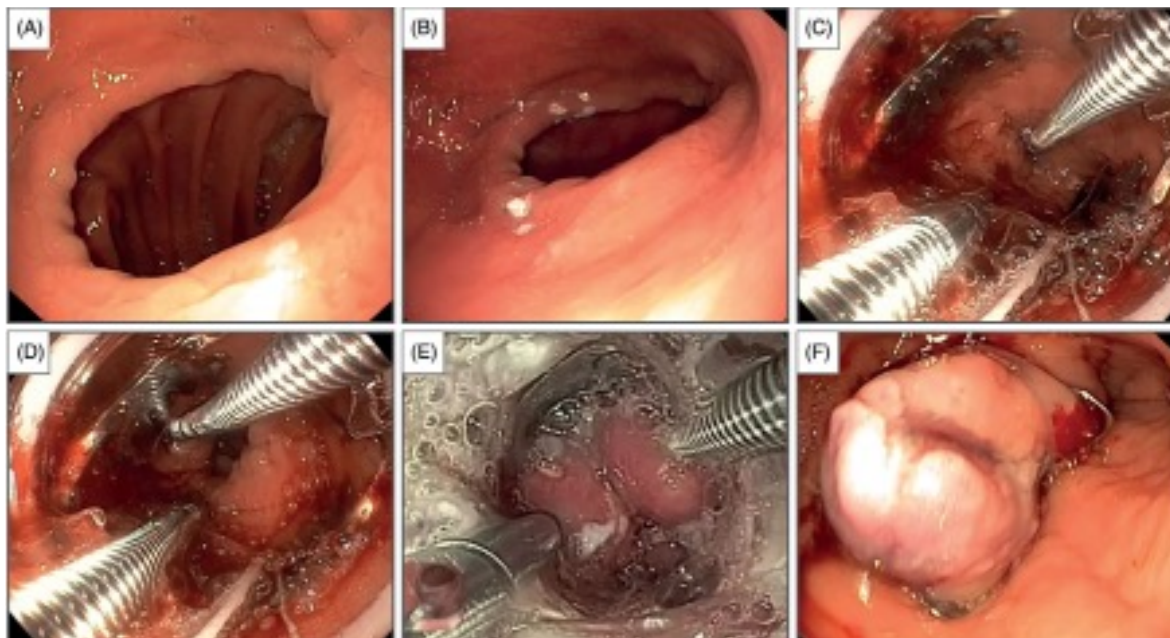


Imagen 3. Esquema de implantación de sistema BARS.

Conclusiones

El Sistema BARS representa un avance significativo en el tratamiento de la obesidad severa, especialmente para aquellos pacientes que han experimentado reganancia de peso tras procedimientos como el *bypass* gástrico. Su diseño mínimamente invasivo, la capacidad de ajuste y las ventajas sobre el método TORE lo posicionan como una opción viable y prometedora en el campo de la endoscopia bariátrica.

A medida que se exploran nuevos usos y se desarrollan tecnologías innovadoras, el sistema BARS tiene el potencial de mejorar aún más los resultados en el manejo de la obesidad y contribuir a una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Thompson CC, Chand B, Chen YK, et al. *Endoscopic suturing for transoral outlet reduction increases weight loss after Roux-en-Y gastric bypass surgery.* Gastroenterology. 2013;145:129–137.
2. Gallo AS, DuCoin CG, Berducci MA, et al. *Endoscopic revision of gastric bypass: holy grail or epic fail?* Surg Endosc. 2016;30:3922–3927.
3. Ong'uti SK, Ortega G, Onwugbufo MT, et al. *Effective weight loss management with endoscopic gastric plication using StomaphyXdevice: is it achievable?* Surg Obes Relat Dis. 2013;9:113–117.
4. Maleckas A, Gudaitytė R, Petereit R, et al. *Weight regain after gastric bypass: etiology and treatment options.* Gland Surg. 2016;5:617–624.
5. Heylen AM, Jacobs A, Lybeer M, et al. *The OTSCs clip in revisional endoscopy against weight gain after bariatric gastric bypass surgery.* Obes Surg. 2011;21: 1629–1633.
6. Jirapinyo P, Abu Dayyeh BK, Thompson CC. *Weight regain after Roux-en-Y gastric bypass has a large negative impact on the bariatric quality of life index.* BMJ Open Gastroenterol. 2017;4:e000153.

CEP como primera línea en pacientes con sospecha de hemorragia digestiva media-baja

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, CDMX

La cápsula endoscópica pan-intestinal (CEP) evalúa el intestino delgado (ID) y el colon de forma no invasiva. Es interesante este estudio ya que evaluó la precisión diagnóstica y la seguridad de la CEP frente a la colonoscopia como examen de primera línea en la sospecha de hemorragia gastrointestinal media-baja (HGMB).

En este estudio de cohortes, prospectivo, unicéntrico y a un solo ciego, pacientes consecutivos con sospecha de HGMB se sometieron a CEP seguido de colonoscopia el mismo día. Se evaluó la exactitud diagnóstica de las lesiones potencialmente hemorrágicas (LPH; diagnóstico combinado por CEP + colonoscopia) y la incidencia de eventos adversos.

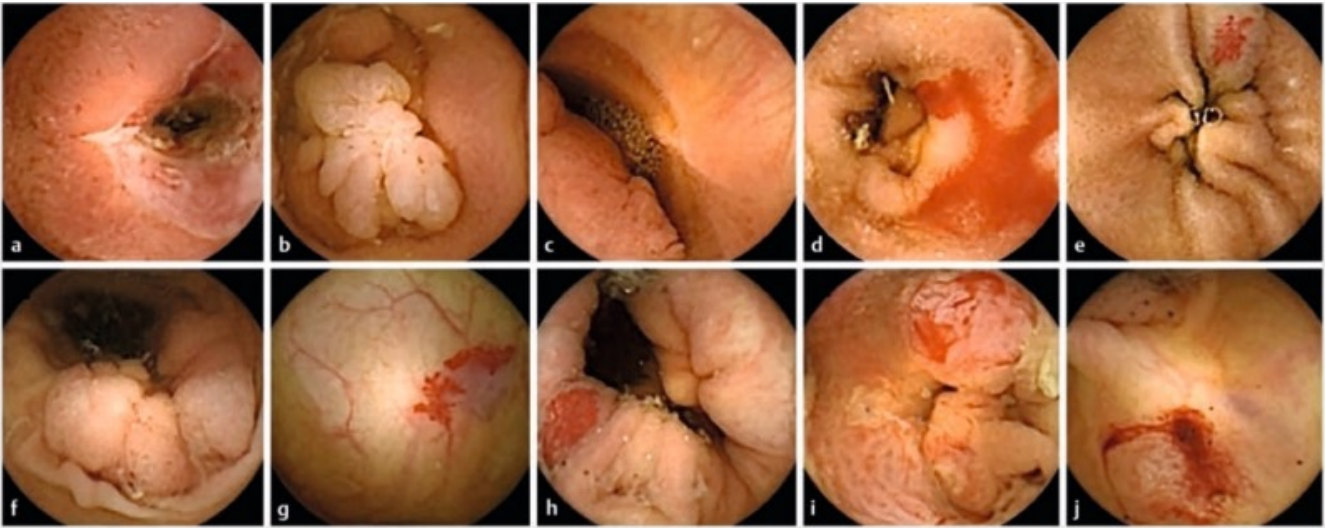
Se incluyeron cien pacientes (edad media de 70 años [rango 18-92]; 65% mujeres). Se diagnosticaron LPH en 46 pacientes, incluyendo angioectasias de intestino delgado y/o colon en 32. La CEP identificó correctamente a 54 individuos sin LPH y el 95.7% (44/46) de aquellos con LPH vs 50% (23/46) para la colonoscopia ($P<0,01$). Las LPH se detectaron solo por CEP en el 65.2% (30/46), ambos exámenes en el 28.3% (13/46) y la colonoscopia sola en el 6.5% (3/46). En el 28% de los pacientes se diagnosticaron LPH en la región ileocolónica, con 25/28

casos de CEP diagnosticando (89.3%) y 23/28 (82.1%) con colonoscopia; $P=0,13$).

Se realizaron intervenciones endoscópicas en la colonoscopia en 13/81 pacientes con anemia ferropénica (16.0%) vs 6/19 pacientes con sangrado manifiesto (31.6%; $P<0,01$). No se presentaron eventos adversos significativos con la CPE en comparación con el 2% con la colonoscopia.

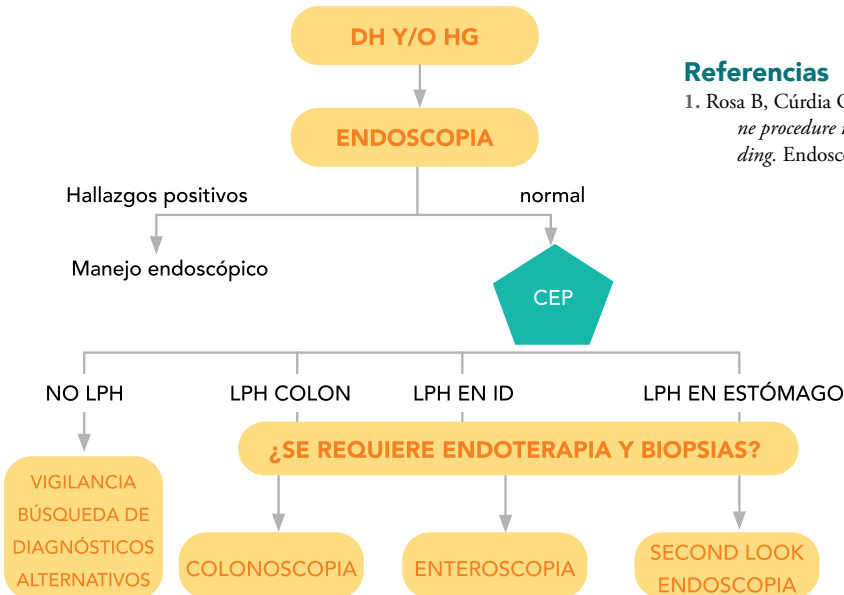
Se concluyó que en los pacientes con HGMB, la CEP evitó procedimientos invasivos adicionales en >50% de los pacientes. La CEP fue segura y más eficaz que la colonoscopia para identificar la LPH tanto en el intestino delgado como en el colon. Estos resultados respaldan el uso potencial de CEP como examen de primera línea en pacientes con sospecha de HGMB.

Se trata de un estudio interesante, ya que, de acuerdo con las últimas guías, dentro del protocolo para sospecha de hemorragia de intestino delgado está la endoscopia, colonoscopia, seguida de cápsula endoscópica en caso de no haberse encontrado la causa; aquí se cambia por completo el abordaje, teniendo que valorar costo-beneficio y teniendo que realizar más estudios para poder justificar su aplicación como estudio de primera línea.



Referencias

1. Rosa B, Cúrdia Gonçalves T, et al. *Pan-intestinal capsule endoscopy as first-line procedure in patients with suspected mid or lower gastrointestinal bleeding*. Endoscopy. 2024 Aug;56(8):572-580.



Esquema 1. Algoritmo propuesto, modificado al español. DH: deficiencia de hierro, HG: hemorragia gastrointestinal, LPH: lesiones potencialmente hemorrágicas, CEP: cápsula endoscópica pan-intestinal.

Ulsen® PCS

El IBP preciso

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

Ulsen® PCS

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



95 años
Senosiain®



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

Revisar IPP:



ALTIA®

Senosiain®

Carcinoma neuroendocrino (NEC) de células grandes en el estómago: Reporte de caso

Dra. Katya Cortés-Juárez

Dr. Eduardo Jaime Ruíz-Ballesteros

Hospital Ángeles Puebla

Dra. Andrea Castro-Sánchez

Hospital Ángeles Puebla / Oncología

Dr. Sergio Sánchez-Sosa

Dra. Danery Valdez-Ocrospoma

Hospital Ángeles Puebla / Patología

Dra. Denice Cortés-Paz

Hospital Ángeles Puebla / Radiología

Resumen

El carcinoma neuroendocrino de células grandes es una neoplasia maligna con baja incidencia. En este reporte presentamos un caso de un carcinoma neuroendocrino de células grandes en estómago y una breve descripción del abordaje multidisciplinario en un paciente con dolor epigástrico, saciedad precoz y pérdida de peso de un mes de evolución con reporte tomográfico contrastado de una lesión tumoral polipoide en estómago de 13.6 cm x 8.8 cm.

Se realizó panendoscopia encontrando una lesión tumoral que abarcaba aproximadamente la mitad del cuerpo y curvatura menor, con características irregulares. Por medio de histopatología se diagnosticó carcinoma neuroendocrino de células grandes, invasor, ulcerado, grado 3 (OMS).

Se iniciaron ciclos de quimioterapia en base a etopósido y carboplatino. De acuerdo con la literatura, el NEC es un tu-

mor raro y agresivo que generalmente se diagnostica de forma incidental en estadios avanzados, el pronóstico es malo, con una sobrevida de once a doce meses en estadios avanzados, mientras que con cirugía la sobrevida a cinco años alcanza hasta el 25.6%.

Introducción

El NEC tiene una incidencia anual de 0.5 a 0.8 por cien mil pacientes. El NEC de células grandes es dos veces más común que el de células pequeñas, siendo hasta un 23% de origen gastrointestinal. La mayoría de los tumores neuroendocrinos son esporádicos, no hereditarios y sin etiología o factores de riesgo concretos conocidos.

El diagnóstico es incidental debido a la ausencia de síntomas específicos, por lo que frecuentemente se diagnostican en estadios avanzados. La cirugía es la piedra angular del manejo de los

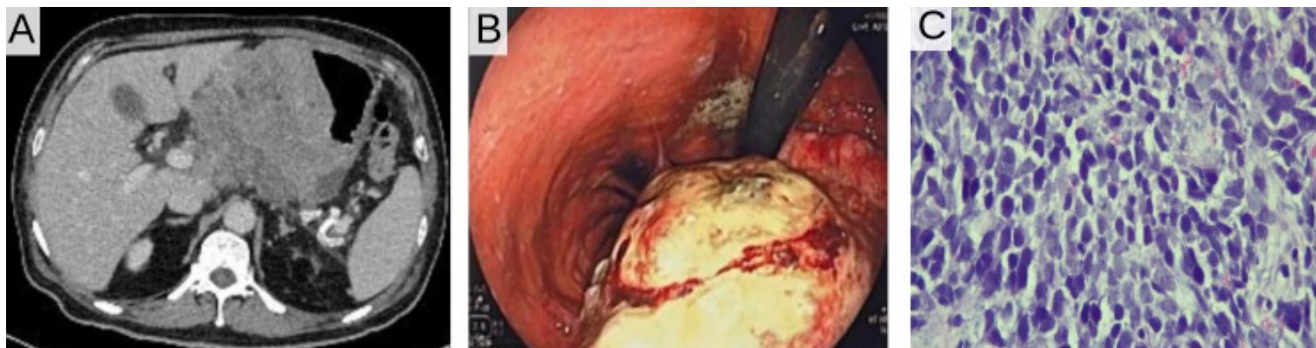


Imagen 1. A) lesión tumoral polipoide afectando toda la curvatura menor de 13.5 x 8.8 cm (imagen tomográfica); B) lesión tumoral irregular con características irregulares, crecimiento intrínseco, zonas de ulceración y friable al paso del endoscopio (imagen endoscópica); C) proliferación de células redondas a ovaladas, hipercromáticas, de citoplasma escaso y nucleolos poco visibles, con disposición sólida y en nidos celulares que cohesionan entre sí (técnica hematoxilina – eosina: 40X).

tumores localizados, seguido del manejo oncológico con quimioterapia. El pronóstico es malo, con una sobrevida de once a doce meses en estadios avanzados, con cirugía la sobrevida a cinco años alcanza hasta el 25.6%. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de NEC de células grandes en estómago y una breve descripción del abordaje multidisciplinario.

Caso clínico

Masculino de 55 años de edad con diabetes mellitus, inició con dolor epigástrico tipo cólico, sin irradiaciones, de un mes de evolución, con escasa respuesta a manejo analgésico, acompañado de pérdida de peso de 5 kg en un mes y saciedad precoz. Acudió a urgencias por presentar dolor localizado en epigastrio intensidad 10/10, con manejo en domicilio por diagnóstico de pancreatitis aguda leve. A la exploración física el abdomen distendido doloroso a la palpación superficial en epigastrio, peristalsis mínima, sin masas ni adenomegalias palpables, sin irritación peritoneal.

Laboratorios de ingreso: Amilasa 293, Lipasa 413, AST 22, ALT 10, FAL 122, DHL 586, GGT 130 y TAC contrastada con lesión tumoral polipoide, dependiente de curvatura menor del estómago de 13.6 cm x 8.8 cm, actividad tumoral en retroperitoneo, datos de pancreatitis Balthazar D y lesión hipodensa mal delimitada en segmento II del hígado (Imagen 1).

Se ingresó a hospitalización realizando panendoscopia encontrando la cámara gástrica con morfología alterada por una lesión tumoral que abarcaba aproximadamente la mitad del cuerpo y curvatura menor, afectando la incisura con extensión hasta 5 cm del fondo gástrico; con características irregulares, crecimiento intrínseco, zonas de ulceración y friable al paso del endoscopio.

Se tomaron múltiples biopsias para estudio histopatológico diagnosticando un carcinoma neuroendocrino de células grandes, invasor, ulcerado, grado 3 (OMS). Se iniciaron ciclos de quimioterapia a base de etopósido y carboplatino, sin embargo, tras un mes del diagnóstico el paciente falleció posteriormente al primer ciclo de quimioterapia.

Discusión

De acuerdo con la literatura, el NEC es un tumor raro y agresivo que generalmente se diagnostica de forma incidental en estadios avanzados, la tomografía abdominal tiene una sensibilidad del 61%-93% y especificidad del 71%-100% en el diagnóstico; sin embargo, la endoscopia se ha considerado el método de diagnóstico más confiable y adecuado presentando hasta 98% de sensibilidad.

La endoscopia permite la toma directa de biopsias para un estudio histopatológico preciso. La inmunohistoquímica (IHC) es obligatoria para realizar el diagnóstico con marcadores positivos de Sinaptofisina y Cromogranina A (CgA) y el marcador Ki-67 necesario para clasificarlo de acuerdo con la OMS 2019.

Con respecto al tratamiento, la cirugía mínimamente invasiva se considera el tratamiento de elección para la enfermedad localizada o locorregional en el NEC G1 y G2; en el G3 se deben tomar en cuenta factores como las dimensiones del tumor y el grado de invasión. Como tratamiento quirúrgico, se recomienda la gastrectomía abierta parcial o total con linfadenectomía.

En cuanto al tratamiento con quimioterapia, de primera línea se recomiendan de cuatro a seis ciclos con carboplatino y etopósido. Es fundamental la integración de un equipo multidisciplinario para realizar el abordaje de este tipo de casos de manera efectiva, puesto que no se ha estandarizado un método de diagnóstico oportuno para el NEC.



PROGRAMA

LÍDER

Endoscopia Bariátrica

Curso Internacional



Curso Teórico en Línea

07 al 11 de octubre 2024

Curso Práctico presencial

18 y 19 de octubre 2024

CUPO LIMITADO



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

Perforación duodenal posCPRE: ¿cómo sospecharla, diagnosticarla y manejarla?

“Las complicaciones asociadas a la CPRE se pueden reducir en gran medida evitando procedimientos innecesarios”.

Dr. Jony Cerna Cardona

La perforación duodenal después de la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una complicación rara pero seria, que puede asociarse a una alta tasa de mortalidad. La incidencia reportada es de 0.3 %-2.1 %.^{1,2}

Las perforaciones deben diagnosticarse y tratarse rápidamente, porque el tratamiento tardío puede resultar en sepsis y falla orgánica múltiple, que se asocian con una tasa de mortalidad de 8 % a 23 %.³

Se han identificado factores de riesgo que pueden incrementar la probabilidad de perforación duodenal: canulación difícil, incisión profunda fuera de la papila, papilotomía de precorte, perforación con guía, conductos biliares no dilatados, disfunción del esfínter de Oddi, procedimiento Billroth II, edad avanzada, sexo femenino, esfinterotomía y procedimiento prolongado.⁴

Las perforaciones asociadas a CPRE se clasifican de acuerdo con la localización y mecanismo de lesión mediante la Clasificación de Stapfer (Tabla 1 e Imagen 1).^{5,6}

La perforación duodenal posterior a una CPRE puede tener una variedad de síntomas clínicos, desde leves hasta graves. Estos pueden incluir dolor abdominal, enfisema subcutáneo, peritonitis, fiebre, sudoración fría y vómitos.

Tipo	Localización de la perforación	Causa
I	Pared del tracto gastrointestinal (habitual la pared media o lateral de duodeno)	Endoscopio
II	Área periampular	Esfinterotomo
III	Conductos biliares	Alambre guía / canastilla
IV	No hay perforación comprobada (solo aire retroperitoneal)	Aire comprimido

Tabla 1. Clasificación de Stapfer modificada.⁵

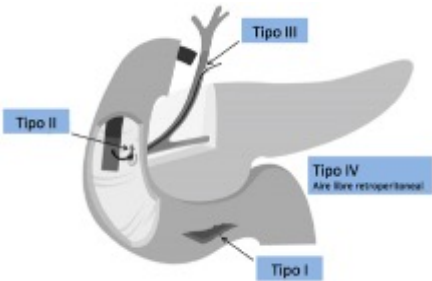


Imagen 1. Clasificación de las perforaciones duodenales asociadas a CPRE.⁶

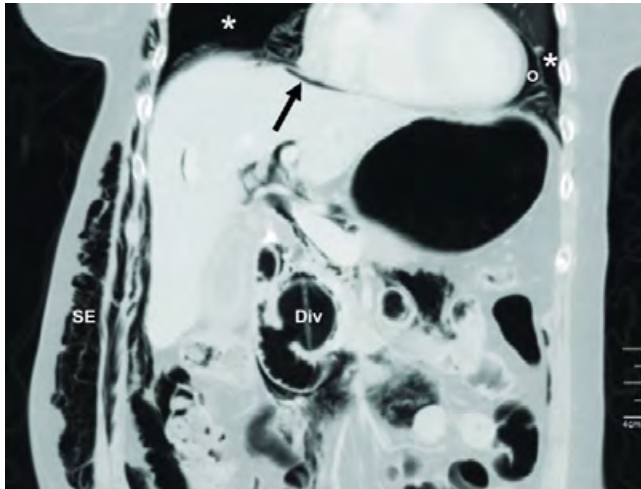


Imagen 2. TAC abdominal que evidencia neumotórax bilateral (*), neumomediastino (*), neumoperitoneo (flecha), enfisema subcutáneo (SE). Tomado de referencia 5.

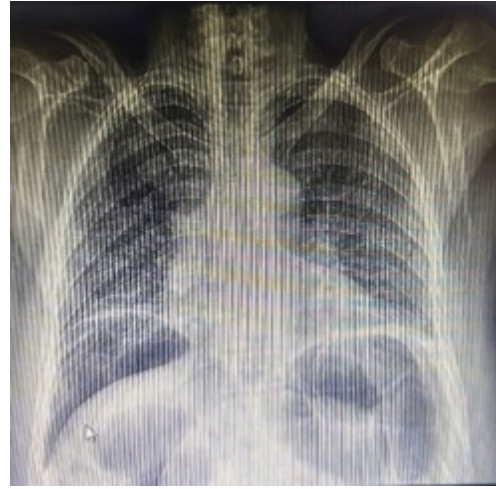


Imagen 3. Radiografía abdominal que demuestra aire libre subdiafragmático.

Las perforaciones tipo 1 suelen identificarse de inmediato, mientras que las tipo 2 pueden identificarse a través de evidencia radiológica de aire en el retroperitoneo o extravasación de contraste en la CPRE o TAC durante la evaluación del dolor posterior a la CPRE. Las perforaciones tipo 3 ocurren durante la canulación del conducto biliar y pancreático e implican perforaciones con alambre guía.

En caso de sospecha de perforación duodenal asociada a CPRE se debe realizar una TAC abdominal con doble contraste, que es considerada el método más eficaz para detectar y localizar la perforación (Imagen 2 y 3), debido a que solo un 27% de las perforaciones duodenales se detectan durante la CPRE. Además, una radiografía de tórax también puede revelar aire subdiafragmático, enfisema subcutáneo, neumomediastino o incluso neumotórax a tensión, lo que la convierte en otro método de diagnóstico para tener en cuenta.^{1,2,3,4}

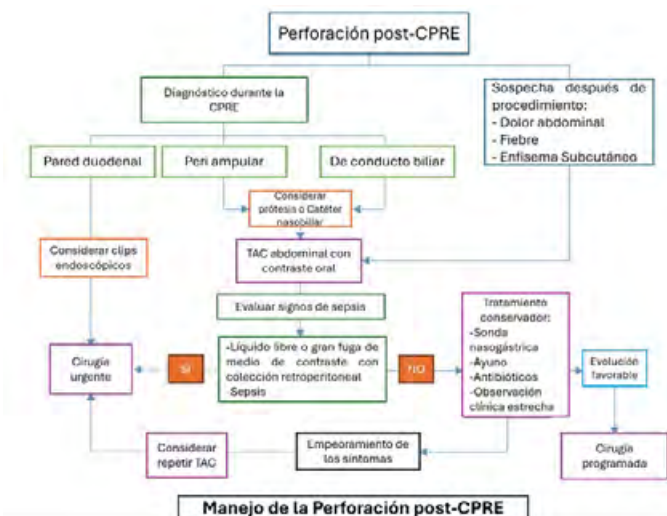
Una vez sospechada y confirmada la perforación, el manejo debe instaurarse de manera temprana para reducir la morbi-mortalidad relacionada. El manejo dependerá del tipo de perforación, momento del diagnóstico, condiciones clínicas del paciente y disponibilidad de recursos en los diferentes centros. (ver Imagen 4). La literatura demuestra que los pacientes que precisan un manejo quirúrgico de la perforación duodenal presentan una mortalidad mucho más elevada que aquellos en los cuales se resuelve con manejo conservador.⁶

Referencias

1. Armas M, Ojeda V, et al. *Duodenal Perforations After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*. Cir Esp 2015;93(6):403-410.
2. Dufera RR, Berake TB, Maliakkal B. *Post-endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Complications: A Case of Duodenal Perforation and Literature Review*. Cureus. 2023 Jun 12;15(6):e40303.

3. Masahide Hiyoshi, Takashi Wada, Takeomi Hamada, Koichi Yano, Naoya Imamura and Atsushi Nanashima. *Management and outcome of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography-Related Duodenal Perforations: How to Determine and What is Recommended for Surgical Treatment?* J Emerg Med Trauma Surg Care 2023;9: 067.
4. Chandrasekhara V, Khashab M, Muthusamy R, et al. *Adverse events associated with ERCP*. Gastrointestinal Endoscopy 2017;85(1):32-47.
5. Lehmannab V, Kellerbc W, Eggera B. *Systematic review of pneumothoraces after endoscopic retrograde cholangiopancreatography*. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20199.
6. Perea del Pozo E, de la Herranz Guerrero P, Tallón Aguilar L, López Ruiz JA, Oliva Mompeán F, Padillo Ruiz J. *Management of duodenal perforations post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography*. Cir Andal. 2019;30(1):72-76.

Imagen 4. Algoritmo de manejo de las perforaciones duodenales asociadas a la CPRE.¹



Indicadores de calidad en ultrasonido endoscópico

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Preprocedimiento

1. Frecuencia con la que se realiza por una indicación que ya está incluida en una lista estándar. La Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha publicado las indicaciones (Tabla 1). Deberá anotarse la indicación del procedimiento y, en caso de que no se encuentre en lista, justificar el por qué se está llevando a cabo.

El ultrasonido endoscópico (USE) no se indica para la estadificación de tumores que han demostrado ser metastásicos por otros métodos diagnósticos (a menos de que los resultados sean la base para tomar una decisión terapéutica o que el procedimiento se haga para confirmar un diagnóstico con la toma de biopsia).

2. Frecuencia con la que se obtiene el consentimiento informado y que incluya los riesgos asociados con USE. En la mayoría de los casos, el USE requiere el paso de ecoendoscopios o endoscopios grandes con porciones rígidas. Aunque el USE se asocia con mayor riesgo de perforación, esto es raro que suceda.

La incidencia de perforación esofágica cervical durante la introducción del ecoendoscopio va del 0.03% al 0.06 %. El riesgo de perforación puede ser mayor cuando se estadifica el cáncer de esófago en casos de dilatación de un tumor obstructivo (0%-24%). En manos expertas esto

Estadificación de tumores del tracto GI, páncreas, conductos biliares y mediastino incluyendo al cáncer de pulmón.
Evaluación de alteraciones de la pared del tracto GI o estructuras adyacentes.
Toma de biopsias de lesiones que están dentro o adyacentes a la pared del tracto GI.
Evaluación de alteraciones del páncreas, incluyendo a tumores, pseudoquistes y pancreatitis crónica.
Evaluación de alteraciones del árbol biliar.
Colocación de marcadores radiológicos en los tumores que se encuentran dentro o adyacentes a la pared del tracto GI.
Tratamiento de pseudoquistes sintomáticos al crear comunicación cistoenteral.
Proveer acceso a los conductos biliares o pancreáticos, ya sea de modo adyacente o adjunto a la CPRE.
Evaluación de alteraciones perianales o perirrectales (esfínter anal, fistulas, abscesos).
Evaluación de pacientes con riesgo incrementado de cáncer pancreático.
Bloqueo o neurolisis de plexo celiaco.

Tabla 1. Indicaciones apropiadas para realizar USE.

disminuye. La aspiración con aguja fina (FNA) conlleva riesgo de hemorragia (0.5%), infección (<1%) y pancreatitis (<2%) y es mayor para lesiones quísticas que para sólidas. La neurolisis o bloqueo del plexo celiaco tiene riesgos como hipotensión (1%) o diarrea (4%-15 %).

3. Frecuencia con la que se administran los antibióticos en aspiración con aguja fina (FNA, por sus siglas en inglés) de lesiones quísticas. El riesgo de bacteremia después de USE-FNA (ultrasonido endoscópico con aspiración con aguja fina) es bajo (0%-6%). Para lesiones del tracto gastrointestinal (GI) inferior que requieren de USE-FNA, la incidencia de bacteremia es del 2% y para lesiones sólidas realmente muy bajo (0%-0.6%).

En relación con quistes pancreáticos el riesgo de infección es del 0.5% y este resultado bajo es debido al uso profiláctico de antibióticos. En el caso de quistes mediastinales que requieren USE-FNA, los eventos adversos infecciosos son altos incluida la mediastinitis.

La ASGE sugiere la administración de antibióticos antes de realizar USE-FNA en el caso de quistes mediastinales, pancreáticos y peripancreáticos. La profilaxis que se recomienda son fluoroquinolonas antes del procedimiento y continuarlas hasta tres a cinco días después.

4. Frecuencia con la un USE es llevado a cabo por un endosonografista. El entrenamiento en USE requiere del desarrollo de herramientas técnicas y cognitivas que van más allá de los procedimientos endoscópicos estándar.

- En el caso de la estadificación del cáncer de esófago sin obstrucción, se debe especificar la localización de la unión esófago gástrica y visualización del tronco celiaco y lóbulo hepático izquierdo.
- Para evaluar la enfermedad pancreatobiliar, deberá documentarse la visualización completa del páncreas (describiendo características de pancreatitis crónica y quistes pancreáticos cuando estén presentes), así como la evaluación del conducto pancreático. También las alteraciones biliares (litos, dilataciones).
- En el caso de cáncer rectal, documentar la localización del tumor y visualización de estructuras adyacentes como vasos ilíacos, estructuras genitourinarias, esfínter y linfadenopatías.

2. a) Frecuencia con la que todos los cánceres GI se estadifican con las clasificaciones del American Joint Committee on Cancer (AJCC)/Union for International Cancer Control (UICC)/TNM.

b) Frecuencia con la que se documentan las mediciones de los tumores pancreáticos, así como la afectación vascular, linfadenopatía y metástasis distantes.

c) Frecuencia con la que se documentan las lesiones subepiteliales. Un diagnóstico basado en hallazgos de USE con o sin toma de citología durante la FNA, no solo requiere la localización y descripción de los hallazgos sonográficos, sino también una interpretación correcta.

Actualmente, los sistemas más utilizados y confiables con AJCC/UICC/TNM para estadificar los tumores GI. Por lo tanto, para aumentar la utilidad del USE en la estadificación del cáncer, deberán obtenerse los elementos necesarios para asignar tanto T como N. Esto incluye la medición del tumor, porque la estadificación de T

Intraprocedimiento

1. Frecuencia con la que se presentan las estenosis importantes. Se deberán documentar las siguientes indicaciones:

depende del tamaño del tumor como en el cáncer pancreático. También incluir los elementos vasculares (vena mesentérica superior/portal y plexo celiáco, arteria hepática y mesentérica superior en cáncer pancreático), así como metástasis a distancia que esto también genera un impacto en la estadificación de T y en la resecabilidad.

En el caso de las lesiones subepiteliales, el diagnóstico diferencial se basa en la capa que dio origen a la lesión, las ecocaracterísticas y el tamaño de la lesión. Por lo tanto, esto deberá documentarse bien en cada reporte. Ante la ausencia de metástasis a distancia, la presencia y el grado de contacto entre el tumor y los va-

sos pancreáticos periféricos es de importancia para determinar la resecabilidad quirúrgica.

3. a) **Porcentaje de pacientes con metástasis a distancia, ascitis y linfadenopatía que se someten a USE-FNA y que requieren de biopsias, tanto del tumor primario como de las lesiones fuera de este.**
- b) **Índice diagnóstico de una muestra adecuada de todas las lesiones sólidas que se someten a USE-FNA (una muestra adecuada se define por la presencia de células y/o tejido de la lesión representativa).**
- c) **Índices diagnósticos y sensibilidad para determinar malignidad en pacientes con tumores pancreáticos**

REUNIÓN
REGIONAL
2025

Episodio 2

DEL 19 AL 21
DE JUNIO 2025

sede
San Luis Potosí

@ameg.mexico
@ameg.mexico
@AmegMexico

AMEG
Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, A.C.

que se someten a USE-FNA. El índice diagnóstico para determinar malignidad en pacientes que se someten a USE-FNA para todos los tumores pancreáticos es de >70% y en específico para el cáncer pancreático es de >85%.

La información clínica adicional que se obtiene de una FNA puede aumentar la seguridad diagnóstica del USE al confirmar el diagnóstico patológico, pero también para hacer más segura la estadificación nodal y para obtener análisis de varios fluidos que incluyan análisis químicos, marcadores tumorales y tinciones bacteriana o micóticas, así como cultivo.

La FNA no es confiable en todas las condiciones. Por ejemplo, debe evitarse tomar biopsia en un nodo linfático al atravesar el tumor primario, ya que esto nos da un falso positivo, además de que puede sembrar células malignas en el nodo provenientes del tumor. El valor principal de FNA es confirmar malignidad, en especial cuando se considera quimiorradiación antes o en lugar de la cirugía o para excluir lesiones como metástasis del páncreas, pancreatitis secundaria al tumor, histología no adenocarcinomatosa y linfoma.

Debe tomarse en cuenta que el contar con un citopatólogo en la sala durante la realización de USE-FNA puede ayudar a limitar el número de pases y aumentar la certeza diagnóstica del procedimiento. Cuando esto

no sea posible, deberán realizarse de cinco a siete pases de FNA en tumores pancreáticos y de dos a cuatro pases en nodos linfáticos o metástasis hepáticas. El USE-FNA pueden llevarse a cabo con agujas 25, 22 o 19. Estas últimas proveen muestras más grandes, pero están limitadas a biopsias transgástricas en la mayoría de los casos y para drenajes de pseudoquistes.

Posprocedimiento

1. **Frecuencia con la que se documenta la incidencia de eventos adversos después de USE-FNA (pancreatitis aguda, hemorragia, perforación e infección).**
2. **Incidencia de eventos adversos después de USE-FNA:** pancreatitis aguda <2%, perforación <0.5%, hemorragia <1%. La siembra de células tumorales después de realizar USE-FNA.

Un especial apartado lo merecen los indicadores de prioridad:

1. Frecuencia con la que se estadifican todos los cánceres GI con el sistema AJCC/UICC TNM.
2. Índices diagnósticos de malignidad y sensibilidad en pacientes que se someten a un USE-FNA por tumores pancreáticos.
3. Incidencia de efectos adversos después de realizar USE-FNA.

Pólipos y los indicadores de calidad para la colonoscopia (actualización 2024)

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

El mes pasado fue publicado en *Gastrointestinal Endoscopy* una actualización sobre los indicadores de calidad de la colonoscopia. Si bien no habla propiamente de pólipos, me pareció adecuado hablar del tema, ya que estos indicadores están relacionados con la detección tanto de adenomas como de lesiones serradas, así como de su resección.

Debemos recordar que la detección de pólipos impacta en el paciente y al ser la colonoscopia un procedimiento operador dependiente, es necesario intentar unificar ciertas características, las cuales se han estudiado desde hace dos décadas. La primera versión fue publicada en 2006 por la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) y la American College of Gastroenterology (ACG) Task Force on Quality in Endoscopy y posteriormente revisada en 2015.

Los cinco indicadores de calidad prioritarios han sido descritos como la tasa de detección de adenomas, la tasa de detección de lesiones serradas sésiles, la tasa de uso de recomendaciones para tamizaje e intervalos de seguimiento, la tasa de adecuada preparación intestinal y la tasa de intubación cecal. Y de manera general, se dividen en cuanto al tiempo como indicadores



Imagen 1. Adenoma Paris 0-Ip.

preprocedimiento, intraprocedimiento y posprocedimiento. Adicionalmente están los indicadores de detección y los de resección.

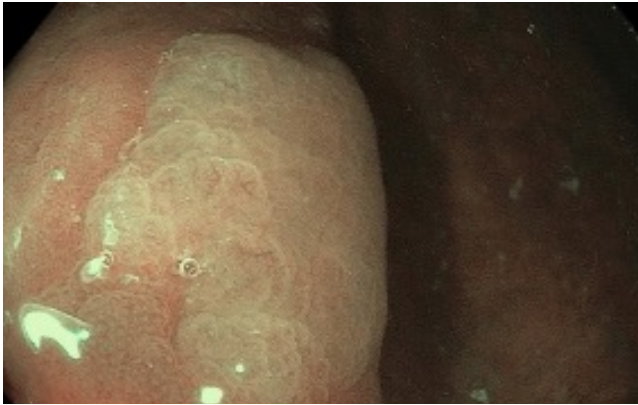


Imagen 2. Pólipo serrado sésil.

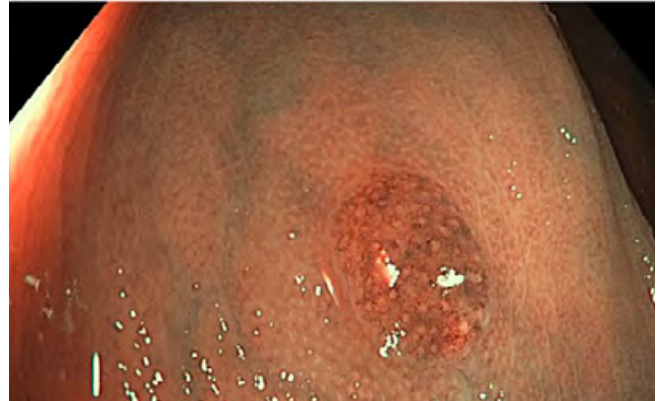


Imagen 3. Pólipo Paris 0-IIa.

Los indicadores preprocedimiento son dos y son la base de los otros:

1. La frecuencia con la que la colonoscopia es realizada con una razón adecuadamente sustentada y documentada. Estas indicaciones han sido descritas en guías previas, dentro de las cuales destacan el tamizaje de cáncer de colon, la vigilancia de este o de otras enfermedades como síndromes polipósicos, la resección de lesiones, entre otros. Un dato que destaca es la importancia de reportar la fecha y los hallazgos de colonoscopias previas.
2. La tasa de adecuada preparación intestinal. La escala más usada es la de Boston y esta publicación sigue mencionando un mínimo de tres en cada segmento para considerarla aceptable.

El indicador intraprocedimiento por excelencia continúa siendo la tasa de intubación cecal, cuyo objetivo debe ser igual o mayor al 95%.

Los indicadores de detección y resección son los propiamente relacionados con los pólipos.

Comenzando con la tasa de detección de adenomas (TDA), esta se define como el porcentaje de pacientes >45 años (esta es una modificación respecto a la publicación previa que mencionaba >50 años), que se someten a una colonoscopia de tamizaje, de vigilancia o diagnóstica, que tienen uno o más adenomas convencionales detectados y verificados por patología.

En este rubro se excluyen aquellos pacientes que son llevados a colonoscopia por otra prueba de detección positiva, como son la prueba FIT (Prueba Inmunológica Fecal) o colonografía por TAC (Tomografía Axial Computarizada), o bien, aquellos con síndromes polipósicos, síndromes genéticos oncológicos, enfermedad inflamatoria intestinal o pacientes que ya se conocen con neoplasia.

La TDA es el indicador de calidad más relevante hasta el momento. El porcentaje de este indicador ha sido modificado a lo largo de los años, en la publicación actual se recomienda un mínimo de 35% (40% en hombres y 30% en mujeres). Sugieren que aquellos endoscopistas con una tasa menor se ayuden de otras herramientas; pensaríamos entonces en usar dispositivos como el Endocuff, o bien, la inteligencia artificial de detección.

Se deben excluir de la medición aquellos procedimientos que fueron inconclusos o en los que la preparación intestinal no fue adecuada.

¿Qué hay de los pacientes que se someten a la colonoscopia por una FIT positiva? En esta población, la TDA aumenta a >50% (55% en hombres y 45% en mujeres). Esto es debido a que, si una prueba menos invasiva salió positiva, es porque es las probabilidades de encontrar una lesión es muy alta. De hecho, en la literatura se ha descrito una tasa de detección de hasta el 70%.

Otro indicador de detección es el número de adenomas por colonoscopia (APC), el cual se define como el número de adenomas convencionales detectados por colonoscopia en pacientes >45 años con indicación de tamizaje, vigilancia o diagnóstico de síntomas. Igual como en el punto anterior, se excluyen pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, síndromes polipósicos, pacientes con pruebas positivas no invasivas o pacientes con neoplasias ya conocidas. La importancia de este indicador radica en que a veces, al encontrar un primer adenoma, se pierde la atención en encontrar lesiones adicionales. El objetivo por alcanzar en esta tasa es >.6.

El siguiente indicador de detección es la tasa de detección de lesiones serradas sésiles, cuyo objetivo es >6% y se define como el porcentaje de pacientes >45 años que se someten a endoscopia para tamizaje, vigilancia o diagnóstico de síntomas, con una o más lesiones serradas sésiles resecaadas y documentadas por patología. Igualmente se debe excluir a la población de alto riesgo descrita en los párrafos previos. A diferencia de las otras, esta tasa presenta ciertos puntos de debilidad, uno de ellos es la variante interobservador de los patólogos; ya que pudiera reflejar más bien la ejecución del patólogo más que la del endoscopista y, por otro lado, idealmente este indicador debería desincentivar la resección de pólipos hiperplásicos diminutos de colon

distal, ya que estos se consideran generalmente no precursores de cáncer. Un dato interesante es que una tercera parte de los endoscopistas (33.8%) tienen un adecuada TDA, pero no así una tasa de detección de lesiones serradas sésiles, mostrando un porcentaje menor a 6%.

Un indicador importante que ya existía desde 2002 es el tiempo de retirada del endoscopio, el cual se recomendaba entre seis y diez minutos. En 2006 cambió a seis minutos después de que un estudio demostró que ese era el punto de corte asociado a una separación razonable entre una detección de bajo y una de alto nivel. A partir de 2015 se publicó evidencia que demostraba que una detección óptima requería al menos de ocho a nueve minutos, sin contar el tiempo de toma de biopsias y/o polipectomías. Es por eso que esta versión actualizada ha establecido un tiempo >8 minutos.

En cuanto a los indicadores de resección, la documentación de las características de cada lesión (tamaño, forma y localización) y el tipo de resección debe ser documentado en >98%. En las lesiones de 4mm a 9mm, el porcentaje de resección asa fría debe ser >90%. Se debe recordar que el uso de pinza en lesiones de >3mm está asociada a una resección incompleta, mientras que en adenomas >20mm lo está con el uso de resección endoscópica de la mucosa en frío.

Dentro de los indicadores posprocedimiento, se encuentra el uso apropiado de intervalos de tamizaje y vigilancia de acuerdo con cada caso. El objetivo de este apego debe ser >90%. Un metaanálisis reciente encontró que de un 17% a 25.7% de las colonoscopias de tamizaje se realizan más frecuentemente de lo indicado o sin una indicación adecuada para adelantarla.

Otro indicador posprocedimiento es la proporción de eventos adversos serios como perforación, hemorragia pospolipectomía y mortalidad, asociadas con colonoscopia que son docu-

mentadas. En Estados Unidos se ha reportado en menos el 1% de los casos. Por ejemplo, la hemorragia es el evento adverso más frecuente de la polipectomía y sus factores de riesgo comprenden un tamaño >1cm, alto número de pólipos resecados, localización proximal, algunas comorbilidades y uso de antiagregantes plaquetarios y/o anticoagulantes.

En cuanto a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, se debe documentar con escalas en >90%. En el caso de colitis ulcerativa se recomiendan la escala de Mayo, la escala de Mayo modificada, la UCEIS o la Ulcerative Colitis Colonoscopic Index of Severity. Para la enfermedad de Crohn se recomienda la escala de CDEIS, SES-CD o la escala de Rutgeerts. Otro indicador de calidad en estos pacientes es el inicio de la vigilancia y el intervalo de esta.

En fin, el propósito de conocer estas medidas es para mejorar la calidad de nuestros estudios. Si uno no tiene una buena

calidad, ¿cómo podríamos ver los pólipos, cómo podríamos caracterizarlos y cómo podríamos researlos? Se ha demostrado que la retroalimentación está asociada a una mejoría, por lo tanto, debemos plantearnos cómo hacemos nuestros procedimientos y mejorarlos cada día.

Referencias

1. Rex DK, *et al.* *Quality indicators for colonoscopy.* Gastrointest Endosc. Vol. 100, issue 3, 352-381.
2. Rex DK *et al.* *Quality indicators for colonoscopy.* Gastrointest Endosc. 2006;63:516-28.
3. Rex DK *et al.* *Quality indicators for colonoscopy.* Gastrointest Endosc. 2015;81:31-53.
4. Rex DK *et al.* *Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendation of the U.S. Multitask Force on colorectal cancer.* Am J Gastroenterol 2002;97:1296-308.



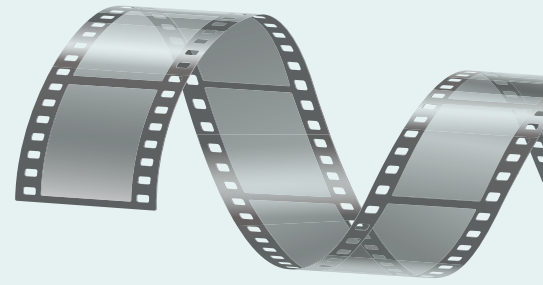
Programa Líder

LIEEG 2024
ENDOSCOPIA BARIÁTRICA
Curso internacional

CURSO PRÁCTICO-PRESENCIAL
18 y 19 Octubre 2024

CURSO TEÓRICO EN LÍNEA
07 al 11 Octubre 2024

Con reconocimiento del Consejo Mexicano De Gastroenterología A.C.



Vivir 100 años

Los secretos de las zonas azules

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Vivir 100 años es una docuserie de Netflix acerca de las zonas azules en el planeta y sus probables explicaciones. Básicamente, una zona azul se define como el área geográfica donde existe una alta concentración de personas que viven más de cien años.

Las áreas identificadas son Cerdeña, Italia; Okinawa, Japón; Loma Linda, California; Icaria, Grecia; y Nicoya, Costa Rica. Como vemos, las cinco son totalmente diferentes unas de otras en el mundo moderno, pero dentro de la historia, y sobre todo en sus usos y costumbres, el equipo trata de encontrar el común denominador.

En cada zona hacen investigación de varios aspectos y encuentran las cosas que las hacen únicas, para finalmente clasificarlas en cuatro aspectos: social, ejercicio, dieta y visión correcta en la vida.

En el aspecto social, se caracterizan por priorizar el tiempo y convivencia con la familia y amigos, y ser activos dentro de su comunidad con voluntariado y cuidado en conjunto. En el ejercicio hablan de actividades naturales, ninguna cuenta con gimnasios o deportes extremos, pues todo se trata de mantenerse activo dentro de la cotidianidad, evitar las comodidades modernas y realizar siempre actividad física.

Con la dieta, no cuentan con suplementos ni grandes secretos; la base alimenticia de cada región es diferente, pero es más natural y aislada de la modernidad, además de evitar los excesos. Y, finalmente, todas las personas tienen una visión de vida que les permite manejar el estrés teniendo un propósito para levantarse todos los días.

Dentro de los primeros tres capítulos de la serie se hacen los estudios individuales de cada zona, cada una con sus peculiaridades interesantes.

Y ya en el último capítulo, donde sacan las conclusiones, las ponen en práctica en la década de los 2000, en un poblado de Minnesota, con ayuda del gobierno local hicieron modificaciones para hacer más amigable la ciudad para la bicicleta, grupos diarios de caminata, restricción de comida chatarra (hasta donde fuera posible), trabajo comunitario, fomento de grupos de convivencia de fines de semana, etcétera, con lo que, en teoría, en menos de una década de aplicar lo anterior, lograron incrementar la esperanza de vida en poco más de tres años.

Con los resultados anteriores y la popularidad de la información de las zonas azules, hubo una ciudad-estado interesada en implementar esto para convertirse en el primer país considerado como una zona azul. Este es Singapur que, desde el gran desarrollo reciente que ha tenido, empezó a aplicar estos conocimientos en su población y leyes, por lo que desde 2023 es reconocido oficialmente como la primera ciudad-estado zona azul del planeta, teniendo una esperanza de vida de las más altas entre el resto de las zonas azules.

El documental nos deja como conocimiento a los médicos que la buena salud, y, por lo tanto, la esperanza de vida, no solo se logra con medicamentos y ciencia, sino que también debe haber cabida para el resto del desarrollo humano.



ameg
Asociación Mexicana de
Endoscopía Gastrointestinal y
Colegio de Profesionistas, A.C.

LIII

REUNIÓN NACIONAL DE
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

13 al 17
septiembre
2025

sede

Centro Internacional
de Convenciones
Puerto Vallarta, Jal., MX



@ameg.mexico



@ameg.mexico



@AmegMexico



GRUPO
LAHE
Meeting Experts

