



gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ESPECIAL

Conmemorando el mes de la concientización sobre el cáncer colorrectal

Cuantificación morfométrica de las vellosidades con cápsula endoscópica: software para cuantificar atrofia

Colangioscopia con Spy-Glass en niños: ¿es factible y segura?

Disección endoscópica: tratamiento de elección en Esófago de Barrett con displasia



Lesión 0-IIb durante una colonoscopia del Dr. Lisandro Pereyra.



DIRECTORIO

Presidente AMEG:

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Coordinación Editorial:

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Diseño Editorial y diagramación:

D.G.E. A. Cynthia Castañeda Hernández

Edición y corrección de estilo:

Lic. Alejandro Figueroa López

Colaboradores:

Dr. Hugo Javier Albores

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Luis Carlos Fernández Álvarez

Dra. Valeria Lagunes Costales

Dr. Aurelio López Colombo

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena

Dra. Ariadna Monroy Rocha

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dra. Jaqueline Paredes Palestino

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

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:

✉ drgerardo.gastro@gmail.com

✉ lucyvasquez@yahoo.com.mx

3 MENSAJE EDITORIAL

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

5 ENDOSCOPIG

6 SOCIOS DEL PAÍS

Conoce a la Dra. Montserrat López Vite

Conoce al Dr. Óscar Said Hamud Gasca

9 EXPRESIDENTES DE LA AMEG Y SU GESTIÓN

2020: El año que desafió al mundo y fortaleció nuestra unidad

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

11 HOBBIES DE NUESTROS SOCIOS

Coleccionista

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

12 ENTRENAMIENTO

Reunión Regional Sur de Endoscopia en Puebla

Dr. Aurelio López Colombo

14 EN VÍA BILIAR

Colangioscopia con Spy-Glass en niños: ¿es factible y segura?

Dr. Jony Cerna Cardona

17 ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

Ingesta de cáusticos en pediatría. Parte 1: Mecanismos de lesión y diagnóstico

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez / Dra. Ariadna Monroy Rocha

22 ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Disección endoscópica: tratamiento de elección en Esófago de Barrett con displasia

Dr. Hugo Javier Albores / Dra. Jaqueline Paredes Palestino / Dr. José Miguel Espinosa González

ENTEROSCOPIA

Cuantificación morfométrica de las vellosidades con cápsula endoscópica:

software para cuantificar atrofia

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

29 PÓLIPOS

Conmemorando el mes de la concientización sobre el cáncer colorrectal.

Entrevista al Dr. Lisandro Pereyra, Hospital Alemán (Argentina)

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

33 IMAGEN / CASO DEL MES

Múltiples divertículos duodenales

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena / Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros / Dr. Luis Carlos Fernández Álvarez

35 MITOS EN MEDICINA

¿En verdad todos podemos eructar?

Dra. Valeria Lagunes Costales

36 LIEEG-AMEG

Laboratorio de Innovación y Enseñanza de la Endoscopia Gastrointestinal

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís

41 MEDI-CINE

La sustancia... de la juventud

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes



El objetivo de la AMEG es mantener un alto nivel académico en forma permanente y constante. Entre los eventos académicos a destacar se encuentra la elaboración de las primeras Guías de la Buena Práctica Endoscópica. La primera a desarrollar es la de Nutrición y Accesos Enterales con la colaboración de Sociedades de Alimentación Enteral, Nutrición y destacados endoscopistas de diferentes sedes hospitalarias del país. Es una necesidad el poder estandarizar estos puntos mencionados, ya que las alternativas de apoyo nutricional son prioridad en el día a día del paciente que es candidato a esta alternativa terapéutica. La finalidad es la publicación de esta guía para ser de los primeros referentes en acceso enterales y, sobre todo, la actualización en esta área de oportunidad y será uno de los protagonistas principales en la revista *Endoscopia*.

En marzo, están cordialmente invitados a nuestra primera Reunión Regional del año en el estado de Puebla, con reconocimiento tanto del Consejo de Gastroenterología como de Cirugía General; incluso se encuentran los dignos representantes de la presidencia en el grupo de profesores. Los tópicos principales son patología de esófago, estómago e intestino delgado y colon. Entre nuestros profesores internacionales invitados están María Teresa Galiano, de Colombia; Sergio Zepeda, de Canadá-México; y de Estados Unidos, Issac Rajiman, Sergio Sánchez-Luna y Samy R. Achem, algunos en modalidad virtual y otros presencial. Hemos realizado un programa académico muy completo para que sea útil a múltiples disciplinas y no sean exclusivas del endoscopista o gastroenterólogo.

También en este mes no olviden asistir a la sesión mensual el día 6 de marzo a las 20:00 horas con el tema “Polipectomía: ¿cómo selecciono el asa de polipectomía de acuerdo con las características del pólipo?”, a cargo del profesor Dr. Klaus Mönkemüller de Alemania.

Otro punto es la cartera de cursos LIEEG, con profesores nacionales comprometidos que aterrizan todas las conferencias virtuales en la realización de los *Hands On* para la aplicación de los conocimientos teóricos.

Les envío un cordial abrazo y saludo.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Presidente AMEG

“Inclusión, liderazgo e Innovación”



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.**



AREL-01A-19 | NÚMERO DE ENTRADA: 193501202C0133

Revisar IPP:





Marzo: mes de la concientización sobre el cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal sigue siendo el tercer cáncer más frecuente del mundo y actualmente se están llevando a cabo métodos de escrutinio y seguimiento para su tratamiento oportuno.

- 70-80% de los pacientes en Estados Unidos serán llevados a una resección quirúrgica con intento curativo.
- 40% de los pacientes con enfermedad locorregional desarrollarán recurrencia, de los cuales 90% ocurrirá dentro de los primeros cinco años.
- La importancia del seguimiento endoscópico posoperatorio es prolongar la supervivencia diagnosticando recurrencia y cáncer metacrónico en etapas curables.
- Es importante contar con colonoscopia preoperatoria, o bien, dentro de los tres a seis meses posteriores a la cirugía.
- La colonoscopia de seguimiento en paciente posoperado con intento curativo es al año, posteriormente a los tres y a los cinco años. Subsecuentemente, cada cinco años hasta que el beneficio sea superado por el riesgo o la esperanza de vida.
- En 2020 se publicó en nuestra revista *Endoscopia* un trabajo libre que busca conocer el apego al seguimiento endoscópico en pacientes con cáncer de colon que fueron llevados a cirugía con intento curativo, analizando también la prevalencia de recurrencia.

¿Quieres saber más?

• Vásquez-Sánchez L y cols. *Descripción del apego al seguimiento endoscópico de pacientes postoperados de cáncer colorrectal: ¿en verdad se siguen las recomendaciones?* *Endoscopia*.2020;32 (Supl 2): 122-128.

• Te invitamos también a publicar en nuestra revista *Endoscopia*. Busca el banner "Participa en la revista *Endoscopia*" en nuestra página www.amegendoscopia.org.mx.



 Síguenos: @endosco_pig



Conoce a la Dra. Montserrat López Vite

Soy Montserrat López Vite, médico por vocación, endoscopista por convicción, apasionada también por la cirugía y la mínima invasión. Mi formación inicia en la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, donde obtuve mi título como médico cirujano.

Posteriormente egresé de la misma universidad para la especialidad en cirugía general, donde tuve la oportunidad de investigar sobre colecistectomía temprana en pacientes con pancreatitis de origen biliar, además de participar en casos de hernia ventral compleja e instruirme en cirugía laparoscópica. Impulsada por la parte resolutiva y la mínima intervención, decidí realizar la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal en el Hospital Central Norte de Pemex, avalada por la UNAM, donde trabajamos en investigaciones sobre la calidad de la colonoscopia, entre otros temas de interés.

Realicé un diplomado avalado por la Universidad Anáhuac en Nutrición Clínica Enteral y Parenteral, como parte de mi preparación médica continua, ya que considero que la nutrición es una parte esencial para la prevención, manejo y cuidados en los padecimientos no sólo gastrointestinales, sino quirúrgicos y clínicos de otras áreas para un manejo integral. Posteriormente me desempeñé como docente de pregrado y médico adscrito del Hospital Universitario de Puebla en los servicios de endoscopia gastrointestinal, gastroenterología y cirugía general.

Actualmente resido en la ciudad de Puebla, dedicándome únicamente a la práctica privada, con sede principal en el Hospital Ángeles de Puebla.

Mi compromiso con los pacientes se enfoca principalmente a la prevención y el amplio campo que vislumbra el área endoscópica. Los procedimientos que más realizo se relacionan con la endoscopia de la vía biliar, endoscopia digestiva, además de la cirugía laparoscópica. Mi principal objetivo es una atención personalizada, con especial énfasis en la relación médico-paciente, cuidando la salud física y mental, con un acompañamiento integral, influyendo en el estilo de vida, concientizando sobre los padecimientos a tratar, así como la prevención de complicaciones.



Si deseas contactarme estoy aquí para ayudarte, ya sea como colega o paciente. Es un placer servirles y compartir mi experiencia clínica, quirúrgica endoscópica con ustedes, para lograr manejos resolutivos o cambios significativos en los casos clínicos y resultados de nuestros pacientes.

Contacto

Hospital Ángeles Puebla

Página web: www.lopezvite.com

Instagram: @dra_montserrat_vitecirugia

Facebook: Dra. Montserrat López Vite

Mail: dramon@lopezvite.com

Teléfono: 222323-2587

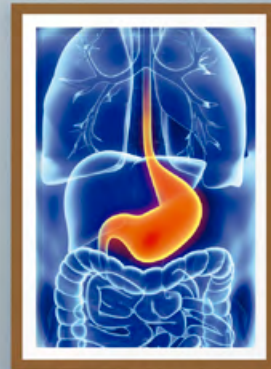
Ulsen® PCS

El IBP preciso

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

Ulsen® PCS

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



Ulsen PCS-01A-22
NO. DE ENTRADA: 22300202C9844

Revisar IPP:



Senosiain®

95 años
Senosiain.





Conoce al Dr. Óscar Said Hamud Gasca

Soy el Dr. Óscar Said Hamud Gasca, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el año 2016. Realicé la especialidad de gastroenterología en el Hospital Español de México, graduándome en 2022. A continuación, realicé la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, de la cual me gradué en 2024.

Me encuentro certificado como especialista en gastroenterología y en endoscopia del aparato digestivo por el Consejo Mexicano de Gastroenterología. También soy socio de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal.

Radicado actualmente en Aguascalientes, trabajo en el sector privado de diversos hospitales, principalmente en la Torre Médica CMQ y en el Grupo Médico La Salud, en donde formo parte de un equipo multidisciplinario de endoscopistas llamado Gastromédica de Aguascalientes.

En esta unidad realizo procedimientos de panendoscopia y colonoscopia, tanto diagnóstica como terapéutica, colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colangioscopia (*Spyglass*).

Considero que es muy importante el conocimiento y el enfoque clínico del gastroenterólogo en el manejo endoscópico de las patologías digestivas, así como el abordaje multidisciplinario de muchas de estas con el objetivo de brindarle al paciente la mejor atención posible.



Contacto

Consultorio: 449 140 5280.

Urgencias: 55 1816 4816

droscar.hamud@gmail.com

Unidad de Endoscopia Gastromédica de Aguascalientes,
Centro Médico La Salud (Av. Ayuntamiento #111,
Col. La Salud, Ags).

Consultorio: Torre Médica CMQ, Consultorio 404.
Quinta Avenida #702, Colonia Agricultura.



2020: El año que desafió al mundo y fortaleció nuestra unidad

Dr. Omar Edel Trujillo Benavides

Expresidente AMEG 2019-2020

Queridos colegas endoscopistas de México: La AMEG ha sido, desde su fundación, un símbolo de fraternidad, conocimiento y compromiso con la excelencia médica. Cuando asumí la presidencia, lo hice con el firme propósito de honrar esa tradición y enfrentar los retos que el futuro nos deparara. Jamás imaginé que 2020 pondría a prueba nuestra resiliencia de una manera tan extraordinaria.

El año que marcó a toda la humanidad por la pandemia del COVID-19 nos obligó a replantear cada aspecto de nuestra práctica médica, académica y personal. Sin embargo, juntos demostramos que los endoscopistas mexicanos no sólo somos expertos en nuestra especialidad, sino también líderes capaces de adaptarnos, innovar y superar los obstáculos más complejos.

En este periodo de incertidumbre, mi equipo y yo trabajamos con determinación para que nuestra asociación no detuviera su marcha. Así nació la Gaceta GEMA, una revista digital diseñada para explorar temas de endoscopia, gastroenterología y medicina de una manera fresca y accesible.

También dimos vida al libro titulado “Perfil del endoscopista mexicano”, un testimonio de las trayectorias inspiradoras de grandes colegas que han dejado huella en nuestra especialidad.





A pesar de los desafíos, celebramos el 50 aniversario de la AMEG con un evento transmitido en línea que conectó a nuestra comunidad desde distintos rincones del país. Además, lanzamos la página de Facebook “Revista Endoscopia”, un espacio para compartir conocimientos, experiencias y oportunidades de aprendizaje, reafirmando nuestro compromiso con la educación continua, sin fines de lucro.

Cada presidente de la AMEG enfrenta retos únicos, pero 2020 fue, sin duda, un año excepcionalmente difícil. Tuve que tomar la decisión más dolorosa de mi gestión: cancelar el formato presencial de nuestra Reunión Nacional de Endoscopia en Puerto Vallarta. Este evento, que es siempre un punto de encuentro y crecimiento para nuestra comunidad, tuvo que transformarse para garantizar la seguridad de todos.

Aunque esta decisión me llenó de tristeza, encontré consuelo y fuerza en el apoyo incondicional de nuestro equipo administrativo, mi consejo directivo, técnico, los comisarios y, sobre todo, de ustedes, los socios que con sus palabras de aliento me recordaron por qué la AMEG es tan especial.

El año 2020 nos mostró que la adversidad puede ser el te-

rreno donde florecen la innovación y el espíritu colaborativo. Organizamos nuestro primer curso en línea de Ecos Endoscópicos, llevamos a cabo la primera Reunión Nacional de Endoscopia virtual con talleres y cursos de posgrado, y logramos mantener viva la misión educativa que nos define.

Hoy, quiero dirigirme a cada uno de ustedes, médicos endoscopistas de México, para recordarles que juntos somos más fuertes. Este año nos enseñó que la endoscopia no sólo es una ciencia y una técnica; es también un compromiso con la salud de nuestros pacientes, un desafío constante por mejorar y una comunidad de colegas que se apoyan mutuamente.

Cierro este capítulo con gratitud y orgullo. Haber servido como presidente de la AMEG fue un honor indescriptible. Mi compromiso fue siempre dar lo mejor de mí y me retiro con la satisfacción de haber enfrentado los retos con valentía y de haber dejado una pequeña huella en esta gran historia que todos construimos juntos.

El futuro está en nuestras manos. Sigamos avanzando, innovando y fortaleciendo a nuestra comunidad médica, porque lo mejor aún está por venir.

SESIÓN
MENSUAL



Senosiain®

POLIPECTOMÍA: ¿CÓMO SELECCIONO EL ASA DE POLIPECTOMÍA DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL PÓLIPO?

06 MARZO
20:00 h.

Profesor internacional:
Dr. Klaus Mönkemüller
Alemania

Profesora Nacional:
Dra. Angélica I. Hernández Guerrero

Otorga puntaje para recertificación
*Válido únicamente visualizando la transmisión en:
<https://www.amegendoscopia.org.mx/>



Coleccionista

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Hoy quiero compartir con ustedes una de mis grandes pasiones: ¡coleccionar! Desde que era niño, he disfrutado de tener diferentes colecciones y esta afición ha crecido conmigo. He coleccionado llaveros, portavasos, latas de bebidas, artículos de Coca-Cola, souvenirs de viajes y, por supuesto, numerosas películas en DVD y Blu-ray. Pero si hay algo que realmente me ha emocionado a lo largo de los años son los juguetes. Recuerdo con cariño mis Micro Machines, los sets de Playmobil, las cajitas felices de McDonald's y, de manera especial, mis figuras de “Los Caballeros del Zodiaco”.

Hoy en día, coleccionar “juguetes” se ha vuelto muy popular, especialmente entre las generaciones X y Millennial. Existen tantas opciones que es fácil perderse en este fascinante mundo. Muchas de estas piezas son verdaderos tesoros y algunos coleccionistas prefieren dejarlas en su empaque original. Yo, sin embargo, disfruto abrirlas y armar mis figuras para exhibirlas.

Tener una vitrina con mis juguetes favoritos ha sido un sueño hecho realidad. Mi colección principal sigue siendo “Los Caballeros del Zodiaco”, pero también se ha enriquecido con ediciones limitadas de otras caricaturas y fenómenos culturales que marcaron mi infancia, como He-Man, las Tortugas Ninja, los Thundercats y muchos más, incluyendo clásicos de Disney y personajes de Marvel, Alien, Star Wars, El Señor de los Anillos, Los Simpsons, Friends y The Big Bang Theory.

El mercado de artículos coleccionables es enorme y parece que nunca se detendrá, siempre lanzando nuevas versiones y ediciones. Para quienes disfrutamos de este pasatiempo, es



un verdadero alivio. Aparte de coleccionar, me encanta dedicar tiempo a organizar y limpiar mis piezas; es buena manera de relajarme. Espero que este vistazo a mi *hobby* les inspire a explorar los suyos.



Reunión Regional Sur de Endoscopia en Puebla

Profesores nacionales e internacionales participarán en este encuentro, que ampliará su alcance para llegar a otros públicos

Dr. Aurelio López Colombo

Con 55 años de historia, la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C (AMEG) es, sin duda, la asociación líder por excelencia en la educación continua en el área de la endoscopia gastrointestinal en México. Como resultado de los avances tecnológicos, esta área de la ciencia médica ha tenido un desarrollo extraordinario que hace indispensable la actualización constante.

Este año, la ciudad de Puebla se engalana al ser sede de uno de los eventos más importantes de la AMEG: la Reunión Regional Sur de Endoscopia, la cual se ha planeado para que sea especial.

Tradicionalmente se ha considerado que los eventos de la AMEG están dirigidos exclusivamente a médicos endoscopistas, debido a que con frecuencia se manejan temas de alta especialidad y de gran sofisticación técnica.

Sin embargo, la reunión de Puebla está también dirigida a médicos de primer contacto, internistas y gastroenterólogos, ya que, además de las sugerencias, recomendaciones y trucos que los expertos presentarán en este foro para enriquecer la labor

de los colegas endoscopistas, también se revisarán novedades en las indicaciones de procedimiento endoscópicos en diferentes áreas. La endoscopia gastrointestinal es una herramienta útil para muchas especialidades y es relevante saber cómo aprovecharla.

Además de profesores nacionales de reconocido prestigio, esta reunión contará con la presencia de dos profesores internacionales, líderes en endoscopia en Estados Unidos y Canadá: el Dr. Isaac Raijman y el Dr. Sergio Zepeda. Participarán también de manera virtual tres profesores más: la Dra. María Teresa Galiano, de Colombia; y los profesores Sami Achem y Sergio Sánchez-Luna, de Estados Unidos.

Los coordinadores estamos seguros de que este evento será de gran utilidad para los asistentes.

Por otra parte, toca a Puebla corresponder a la confianza de la AMEG recibiendo a nuestros invitados con una gran tradición cultural y gastronómica, que le dará un toque de especial al evento.

Los esperamos en Puebla.



REUNIÓN REGIONAL EPISODIO 1 PUEBLA

Hotel Presidente InterContinental Puebla

DEL 13 AL 15 DE MARZO 2025

Dr. Sergio
Zepeda



Profesores Internacionales:



Dr. Isaac
Raijman



Profesores Virtuales

Dr. Samy
Achem



Dr. Sergio A.
Sánchez-Luna



Dra. María
Teresa
Galiano



Coordinadores:
Dr. Aurelio López Colombo
Dr. Ángel Mario Zárate Guzmán
Dr. Gualberto Jesús Mateos Pérez



Colangioscopia con Spy-Glass en niños: ¿es factible y segura?

“El tamaño del paciente, la capacitación del endoscopista pediátra y el volumen relativamente bajo de procedimientos limita la utilización de la CPE y colangioscopia en niños”

Dr. Jony Cerna Cardona

La colangioscopia digital se ha convertido en el tratamiento de elección en el manejo del lito difícil y estenosis biliares indeterminadas. Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en los adultos; sin embargo, la utilidad y seguridad en niños ha sido poco estudiadas y se limita a series de casos.¹

Algunos factores que pueden limitar el uso de la colangioscopia en niños incluyen el tamaño del paciente, la formación del endoscopista pediátrico y la menor prevalencia de trastornos pancreatobiliares considerados susceptibles de evaluación y/o tratamiento por colangioscopia en niños.^{1,2}

Un endoscopista pediátrico se considera competente en colangiografía endoscópica (CPE) cuando realiza entre 100 y 200 procedimientos por año, y experto en colangioscopia cuando realiza como mínimo 50 procedimientos por año. La clave para alcanzar la curva de aprendizaje es la práctica constante y la supervisión por un endoscopista experto, que habitualmente se logra haciendo sinergia con un endoscopista de adultos.^{1,2,3}

Para realizar la colangioscopia en niños se utiliza el duodenoscopia convencional (conducto de trabajo de 4.2 mm) y se deben considerar algunos aspectos: a) selección adecuada del paciente; b) administración profiláctica de antibiótico; c) utilizar anestesia general y CO₂ siempre; d) minimizar la irriga-

INDICACIONES DE COLANGIOSCOPIA EN NIÑOS



Imagen 1. Principales indicaciones de la colangioscopia en niños (modificado de la referencia 1).

ción de solución salina o agua destilada, para reducir riesgo de bacteremia.¹

Las principales indicaciones de la colangioscopia en niños son el manejo del lito difícil y estenosis biliares (Imagen 1, 2 y 3), otras indicaciones incluyen: manejo del síndrome de Mirizzi, retiro de prótesis biliares migradas, evaluación de anastomosis biliares, mapeo y evaluación de lesiones y cuerpos extraños biliares.^{1,2}



Imagen 2. Imagen colangioscópica de coledocolitiasis en pacientes pediátricos.¹

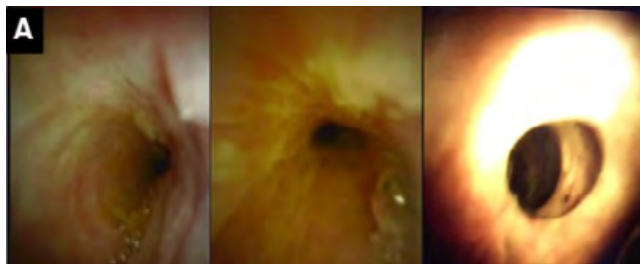


Imagen 3. Imágenes colangioscópicas de estenosis y membranas biliares en pacientes pediátricos.¹

Barakat y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo que incluyó 282 pacientes y 36 colangioscopias, las principales indicaciones fueron litotricia electrohidráulica y evaluación de estenosis biliares, el rango de edad fue de 7 a 18 años. Los eventos adversos fueron menores que en la CPE (0% de pancreatitis) y sólo un paciente presentó melena asociada a la esfinterotomía. La colangioscopia mejoró la atención de los pacientes en un 83.3%.¹

En otro estudio retrospectivo que incluyó once pacientes (el más pequeño tenía dos años), la indicación más frecuente fue la sospecha de obstrucción. La colangioscopia cambió el tratamiento en 7/11 casos y en 4/11 se realizó una intervención (canulación asistida con alambre guía y extracción de litos) (Imagen 4).³

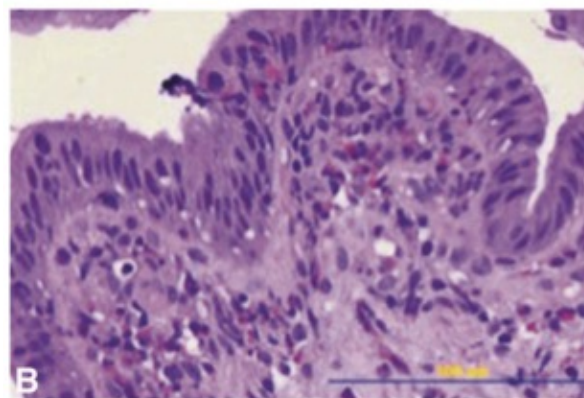


Imagen 4. A) Imagen colangioscópica del hepático común de un niño de cuatro años con ictericia; B) biopsias colangioscópicas que demuestran un denso infiltrado de eosinófilos en la mucosa biliar.³ El paciente recibió esteroides con mejoría clínica e histológica.

Rowland y colaboradores publicaron un reporte de caso donde realizaron colangioscopia en una niña de 18 meses de edad con ictericia (CPE previa con cepillado negativo) para diagnosticar, controlar y colocar una prótesis terapéutica en un rhabdomioma embrionario del conducto biliar común. El SpyGlass™ permitió visualizar la masa biliar y realizar biop-

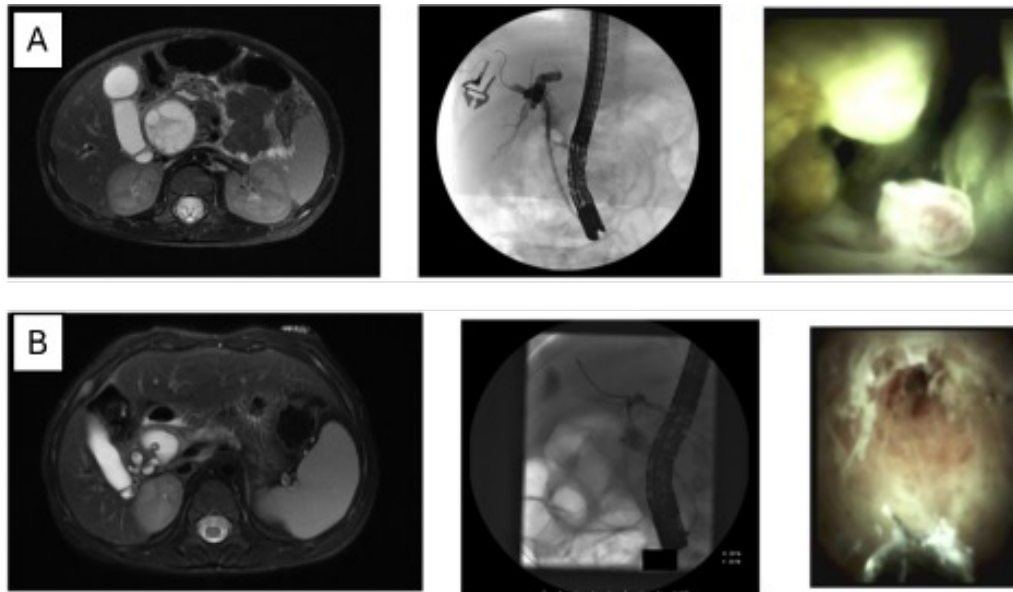


Imagen 5. Colangioscopia en niña de 18 meses. A) Dilatación fusiforme de 7.5×3×3 cm del colédoco con múltiples tabiques, sin masa dominante, con dilatación del conducto biliar intrahepático. Colangioscopia con lesión multilobulada este-nosante; B) imágenes posterior a quimioterapia y radioterapia donde se observa reducción de tamaño de la lesión, imagen colangioscópica con mejoría significativa y biopsias negativas a actividad tumoral.⁴

sias dirigidas, confirmó diagnóstico, definió la extensión de la enfermedad en los conductos hepáticos derecho e izquierdo y permitió el inicio de quimioterapia y radioterapia con control colangioscópico posterior. Las biopsias de control fueron negativas para actividad tumoral (Imagen 5).⁴

En conclusión, la evidencia actual demuestra que en población pediátrica, la colangioscopia con SpyGlass es una herramienta costo-efectiva y bastante segura en el manejo de las patologías biliopancreáticas, requiere adiestramiento tanto en CPE y colangioscopia. La selección adecuada del paciente y el uso de medidas profilácticas se asocian a un menor riesgo de complicaciones y eventos adversos relacionados al procedimiento.

Referencias

1. Barakat M, et al. *Cholangioscopy in Children and Adolescents: Utilization, Outcomes, and Safety*. JPN 2022;75: 196–201).
2. Åvitsland T, et al. *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in infants and children*. Endoscopy International Open 2021; 09: E292–E296.
3. Harpavat S, Raijman I, et al. *Single-center experience of choledochoscopy in pediatric patients*. Gastrointest Endosc. 2012 September ;76(3): 685–688. doi:10.1016/j.gie.2012.04.469
4. Rowlanda K, Cunningham A, et al. *Novel application of SpyGlass™ cholangioscopy in the diagnosis and treatment of extrahepatic biliary obstruction in infants*. Journal of Pediatric Surgery Case Reports 2018;38:19–22.



Ingesta de cáusticos en pediatría

Parte 1: Mecanismos de lesión y diagnóstico.

Revisión de literatura

Dra. Josefina Monserrat Cázarez Méndez

Gastroenterología y nutrición pediátrica,
Star Médica Hospital Infantil Privado

Dra. Ariadna Monroy Rocha

Pediatría, Star Médica Hospital Infantil Privado

La ingesta de cáusticos en pacientes pediátricos es una entidad patológica frecuente. En Estados Unidos, se calculan de 5,000 a 15,000 casos de ingestión de sustancias químicas cáusticas al año, de los cuales el 50%-80% ocurren en menores de 18 años.¹

Las lesiones por cáusticos son más frecuentes en la población en edad preescolar debido a la curiosidad propia de su edad, su necesidad de descubrir el medio que les rodea y la falta de precaución en el almacén y manejo de los productos de limpieza y pilas de botón. Durante el año 2020, la incidencia de lesiones

de tracto digestivo secundarias a ingesta de cáusticos aumentó considerablemente debido al confinamiento domiciliario.¹

En la población adolescente la causa puede ser accidental o autolesiva, y la intencionalidad se asocia a un mayor volumen de sustancia ingerida y a una mayor severidad de las lesiones.^{1,2,3} Como factores de riesgo se han identificado el género masculino, pacientes con trastorno por déficit de atención, la baja escolaridad parental, la falta de supervisión adulta y la edad de los padres.^{1,4,5} Dentro de los agentes más comunes se encuentran los productos de limpieza como detergentes, solventes, limpiadores profundos, baterías e hipoclorito de sodio, entre otros, los cuales pueden ser visualmente atractivos para los niños (Tabla 1).

Básicamente, existen dos tipos de sustancias que pueden ingerir los niños, los cuales presentan diferentes mecanismos histopatológicos de lesión: ácidos ($\text{pH} < 3$) y álcalis ($\text{pH} > 11$).³



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

Afíliate como:
Asociado en
Entrenamiento

Médico Residente en Endoscopia Gastrointestinal:

Te invitamos a afiliarte a nuestra Asociación para obtener beneficios como costo preferente para la inscripción a nuestros cursos académicos y para Ecos Endoscópicos y el Congreso de la Reunión Nacional de Endoscopia no tendrá costo por ser Asociado en Entrenamiento AMEG activo.

Para mayor información consulta los requisitos en nuestra página web
www.amegendoscopia.org.mx

Para la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C., será un honor que formes parte de nosotros.



Álcalis

Compuesto	pH	Aplicación	Ejemplos comerciales
Hidróxido de sodio (NaOH)	13.0	Limpiadores de piso, estufa, horno, drenaje y azulejo, detergentes para lavavajillas y pastillas de baño.	Sosa cáustica o lejía Easy-Off®, Pinol®, Pato Purific®, Glade®
Hidróxido de amonio (NH4OH)	11.1	Limpiador de baño, cristales, azulejos, joyería, pulidores, productos antimoho.	Windex®
Hipoclorito de sodio (NaClO)	11	Blanqueadores, desinfectante para albercas, purificante de agua potable	Cloro (concentración mayor a 12%)

Ácidos

Ácido clorhídrico (HCl)	1.1	Ácido muriático: limpiadores de metales y drenaje, disolventes, removedores de sarro.	Harpic®, Sultán®
Ácido oxálico (C2H2O4)	2.89	Desinfectantes, blanqueadores, pulidores de joyería.	Evomax®

Tabla 1. Diferentes agentes de limpieza.^{4,6,7,8}

Los álcalis son sustancias capaces de aceptar protones. Esta propiedad química determina su pH y genera su efecto lesivo para los tejidos, el cual generalmente ocurre con valores de $\text{pH} \geq 11$. Las sustancias alcalinas destruyen lípidos y proteínas dañando la arquitectura celular provocando necrosis licuefactiva.^{3,9} La saponificación de los lípidos y su emulsificación es responsable de la penetración a la capa submucosa y muscular que resulta en trombosis vascular seguida de fibrosis y en ocasiones perforación tisular.^{3,4,9}

Los ácidos, a su vez, provocan daño tisular mediante necrosis por coagulación proteica. En estas lesiones existe pérdida de agua y se forma una escara firme que dificulta la penetración tisular.^{3,9}

Las lesiones tisulares secundarias a la ingesta de sustancias ácidas o alcalinas dependen del pH, tiempo de exposición, can-

tidad de sustancia ingerida, presentación y la reserva ácida/alcalina titulable (TAR).

La TAR es la cantidad de sustancia, que puede ser jugo gástrico, alimento o incluso tejido, necesaria para neutralizar el efecto del ácido o álcali ingerido. Fisiopatológicamente se conocen cuatro fases en el proceso inflamatorio posterior a la ingesta de cáustico:⁴

- Fase 1 (día 1 al 3): Reacción inflamatoria con edema y necrosis eosinofílica. Se producen en la superficie de la mucosa especies reactivas de oxígeno y radicales libres que se mantienen activos hasta tres días posteriores a la ingesta.
- Fase 2 (día 3 a 5): Se produce ulceración del tejido comprometiendo la capa muscular.
- Fase 3 (día 6 al 14): Aparece tejido de granulación, pueden manifestarse síntomas respiratorios.

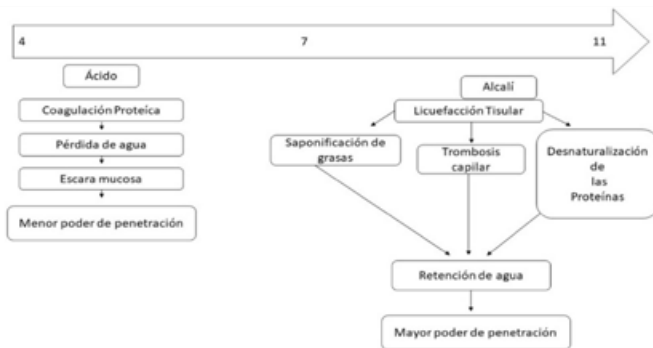


Figura 1. Mecanismo de lesión de ácidos y álcalis.³

- Fase 4 (día 15 al 30): Inicia la fase de cicatrización con reepitelización del tejido dañado. Se inicia el proceso de estenosis esofágica.⁴

Entre las principales complicaciones se tiene necrosis, perforación, estenosis, desarrollo de neoplasias y neumomediastino.¹⁰

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son sialorrea, lesiones o úlceras orales, disfonía o estridor como signos de compromiso de la vía aérea superior, odinofagia, disfagia, dolor epigástrico, vómito, hematemesis, taquipnea, disnea, estridor,

choque con mediastinitis o sin ella (indicativos de perforación esofágica) y abdomen agudo.⁵

En pacientes pediátricos, la ausencia de síntomas posterior a la ingesta de una sustancia cáustica puede ser indicador de ausencia de lesiones o presencia de lesiones de bajo grado. La realización de endoscopia puede ser determinada en base a criterios clínicos. Esta correlación entre falta de síntomas y la ausencia de lesiones no puede aplicarse a los pacientes que ingieren intencionalmente una sustancia cáustica.⁴

Una herramienta útil para la toma de decisiones es el empleo de la escala Drool (Tabla 2), la cual se desarrolló a partir de la observación de algunos síntomas que permiten pronosticar el desarrollo de estenosis en caso de quemaduras esofágicas.² Una puntuación igual o inferior a 4 puntos se asoció con una alta probabilidad de desarrollo de lesiones estenosantes esofágicas, con un valor predictivo positivo (VPP) del 85%.⁴

La endoscopia continúa siendo considerada el estándar de oro para el diagnóstico de ingesta de cáusticos y es esencial para establecer la severidad del daño. Existe controversia en cuanto a la realización de endoscopia en pacientes sin signos o síntomas de lesión cáustica.² Cuando está indicada, la endoscopia debe realizarse entre las primeras 12 a 24 horas después de la inges-



Estimado socio:

No olvides realizar tu Pago de Anualidad

OCTUBRE 2024 - SEPTIEMBRE 2025

y obtén los beneficios que te ofrece la AMEG por ser **Socio Activo.**



Acrónimo	Signos y síntomas	0	1	2
Drooling (sialorrea)	Sialorrea	>12h	<12h	No
Reluctance (rehusar)	Rehusar a comer o disfagia o intolerancia a alimentos	>24h	<24h	No
Oropharynx (orofaríngeas)	Lesión tipo quemadura oral u orofaríngea.	Lesión severa*	Edema hiperemia	No
Other (Otras)	Fiebre persistente, hematemesis, dolor retroesternal o disnea.	>2	1	No
Leukocytosis (leucocitosis)	Conteo alto de glóbulos blancos.	>20,000	<20,000	No

Tabla 2. Escala de Drool.^{1,4,5}

Lesiones mucosas producidas por la ingesta de sustancias causticas	
Daño	Hallazgos
Grado 0	Mucosa normal.
Grado I	Edema e hipertrofia de la mucosa sin pérdida de tejido.
Grado II A (transmucosa)	Ulceraciones superficiales localizadas, friabilidad, formación de ampollas.
Grado II B	Hallazgos del grado IIA más ulceraciones circunferenciales.
Grado III A (transmural)	Áreas pequeñas intermitentes de ulceración o áreas de necrosis.
Grado III B	Necrosis intensa.

Tabla 3. Clasificación endoscópica de Zargar.¹¹

Curso

LÍDER LIEEG

Endoscopia de la Vía Biliar

Curso Teórico-Formato virtual

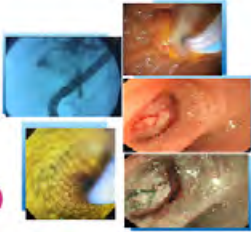
01 al 09 de abril de 2025

CUPO LIMITADO

Otorga puntos para recertificación

Presencial Hands On

11 y 12 de abril de 2025





ción; retrasarla más allá de las primeras 48 horas puede aumentar el riesgo de perforación.^{4,11}

En caso de encontrarse el paciente hemodinámicamente inestable o con sospecha de perforaciones o distrés respiratorio severo, no está recomendada la realización de endoscopia de emergencia. Esta se puede reemplazar por la realización de estudios de imagen como tomografía computarizada.^{4,11}

El grado de lesión por sustancias cáusticas se clasifica por extensión y profundidad mediante la clasificación endoscópica de Zargar,¹¹ la cual nos permite unificar criterios y tomar decisiones en cuanto al tratamiento.

En conclusión, la ingesta de cáusticos representa un problema de salud pública en la población pediátrica. Es relevante estandarizar la clasificación de las lesiones y de acuerdo a éstas, decidir el mejor tratamiento.

Referencias

1. Morilla Fernández JA, Egea Valenzuela J, Fernández Llamas T, et al. *The role of endoscopy in caustic ingestion in the pediatric population: experience in a tertiary center*. Rev Esp Enferm Dig 2021; 113(4):272–5.
2. Cornejo-Villa MDR, Torres-Rojas A, Soto-Blanquel MA, et al. *Estado nutricional de niños con estenosis esofágica secundaria a quemadura por cáusticos, alimentados por gastrostomía en el Hospital Civil de Guadalajara*. Cir Cir 2020; 88(6):726–31.
3. Moranchel-García L, Pineda-Galindo LF. *Intoxicación por productos desinfectantes y de limpieza*. Med Int Méx. 2023; 39(2):322–8.
4. Pierre R, Neri S, Contreras M, et al. *Guía de práctica clínica Ibero-Latinoamericana sobre la esofagitis cáustica en Pediatría: Fisiopatología y diagnóstico clínico-endoscópico (1ª. Parte)*. Rev Chil Pediatr 2020; 91(1):149–57.
5. Losada G CL, Rodríguez G H, Valenzuela P V, et al. *Stent para el manejo de las Estenosis Esofágicas por cáusticos en pediatría*. Andes Pediatr 2021; 92(3):434–9.
6. Pérez-Martínez A, Molina-Caballero A, Goñi-Orayen C. *Impaction of button batteries in the esophagus: a potentially fatal surgical emergency in infancy*. An Sist Sanit Navar 2020; 43(2):255–60.
7. Baños-Rocha LM, Ignorosa-Arellano KR, Quesada-Tortoriello AI, et al. *Integestión de cuerpo extraño (batería de botón) con presentación atípica en el lactante. Reporte de caso y revisión de la bibliografía*. Acta Pediatr Mex. 2020; 41(6):257–263.
8. Bonilla P, Muñoz W, Velasco P, et al. *Recuperación y Reutilización de Componentes Químicos Provenientes de Pilas y/o Baterías por vía Húmeda*. QUIMICA Agosto 2017; 1(1):3-8.
9. Alser O, Hamouri S, Novotny NM. *Esophageal caustic injuries in pediatrics: a sobering global health issue*. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2019; 27(6):431–5.
10. Mintegi S, Fernández A, Alustiza J, et al. *Emergency visits for childhood poisoning: a 2-year prospective multicenter survey in Spain: A 2-year prospective multicenter survey in Spain*. Pediatr Emerg Care 2006; 22(5):334–8.
11. Holguín- Sanabria A, Barreto- Castilla V, Pinzon-Una J et al. *Estenosis Esofágica Posterior a Ingesta de Cáusticos: Reporte de caso y Revisión de Literatura*. Annals of Mediterranean Surgery 2023; 6(1)54-62.

Estimado Médico Endoscopista

Lo invitamos a publicar sus videos en la sección de "VIDEOTECA" la cuál se encuentra en la página web de la Asociación.

Las especificaciones del formato en el que deben enviar los videos se encuentran en:

<https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/publicaciones/videoteca/envios-videoteca>





Disección endoscópica: tratamiento de elección en Esófago de Barrett con displasia

Dr. Hugo Javier Albores

Alma Medics

Dra. Jaqueline Paredes Palestino

Dr. José Miguel Espinosa González

Unidad de Endoscopia Terapéutica HUP, BUAP

El Esófago de Barrett (EB), según el Consenso Internacional de Kyoto 2022 es definido como la condición en la cual una mucosa columnar metaplásica predispuesta a neoplasia, reemplaza la mucosa escamosa del esófago distal.¹

Se trata de una condición premaligna identificable para el adenocarcinoma del esófago (ACE). Su incidencia ha aumentado seis veces en las últimas tres décadas, con tasas de sobrevida de menos del 20% a los cinco años. En México, estudios realizados reportaron una prevalencia del 0.26 al 9.2%² y un riesgo de padecerlo de 30 a 125 veces en los portadores de Esófago de Barrett. El único factor predictor de desarrollo de adenocarcinoma del esófago es la presencia de displasia.³

El diagnóstico se basa en la combinación de hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Tanto la Displasia de Bajo Grado como la Displasia de Alto Grado se encuentran con mayor frecuencia en la mitad distal del EB, mostrando predilección por el hemisferio derecho. En pacientes con EB y displasia o cáncer incipiente, el tratamiento endoscópico consiste en la resección con un éxito cercano al 90%, siendo las más habituales la resec-

ción endoscópica de la mucosa (REM) con bandas y disección endoscópica submucosa (DES), esta última preferida en lesiones >20 mm, cuando hay sospecha de compromiso submucoso y para lesiones en zonas cicatriciales/fibróticas.⁴

El tratamiento endoscópico del cáncer de esófago surge en Japón en los años noventa en donde se describen las primeras experiencias de REM. Posteriormente con el desarrollo de nuevo instrumental, en 2005 se reporta la primera DES para resección de una lesión esofágica. Técnicamente la DES es un procedimiento más complejo que la REM, más aún en el esófago en donde se trabaja en un espacio reducido y dificulta la orientación espacial.⁵

La Sociedad Japonesa de Esófago emitió indicaciones absolutas para el tratamiento del cáncer de esófago por medio de DES: cánceres intramucosos que involucren el epitelio y la lámina propia, que ocupen <2/3 de la luz del esófago. Así como indicaciones relativas: cáncer de esófago que involucre la mucosa muscular o <200 µm de invasión a la submucosa.

En la sociedad occidental, la mayoría de los cánceres de esófago tempranos son adenocarcinomas originados por EB. La



indicación razonable para la DES en esta categoría es la displasia de alto grado o el adenocarcinoma intramucoso.⁶

La REM fue la primera terapia endoscópica desarrollada y ha sido utilizada como tratamiento de las neoplasias superficiales de esófago por ser menos invasiva que la esofagectomía con similares tasas de efectividad.

Sin embargo, diferentes estudios han logrado demostrar que la REM usualmente sólo es capaz de retirar en bloque lesiones pequeñas (<10 o 15 mm) empleando resecciones tipo *piecemeal* para lesiones más grandes, lo cual predispone a una mayor tasa de recurrencia local y a una inadecuada evaluación histopatológica de los bordes de la lesión (lateral y vertical).

Actualmente en el tratamiento de las neoplasias superficiales, la DES tiene la capacidad de resecar en bloque lesiones incluso mayores de 20 mm, posibilitando una adecuada evaluación histológica de los bordes de la lesión y menores tasas de recidiva local. La disección endoscópica de la submucosa, pese a que requiere una curva de aprendizaje mayor, presenta menos complicaciones comparada con la resección endoscópica de la mucosa, mejores resultados en la tasa de resección en bloque (hasta el 96%), tasa de resección completa, tasa de resección curativa (70%-79%), tasa de recurrencia local con menos necesidad de repetir el tratamiento, mostrándose así como la terapia más efectiva.^{7,8}

ENDOSCOPIA

VOLUMEN 38 - FEBRERO A 7 DICIEMBRE CUARTO TRIMESTRE 2022 - ISSN 0305-182X

www.endoscopia.org.com

ENDOSCOPIA

Envíanos tu manuscrito a:

<https://publisher.endoscopia.permanyer.com/login.php>

Artículo Original

Artículo de Revisión

Casos Clínicos

1

Darse de alta en la página

2

Consultar normas de autor

3

Prepara tu manuscrito y adjuntar en la página

4

Enviar manuscrito

+

+

→

ENVIAR

Asociación Mexicana de Endoscopistas Gastroenterólogos
Comité de Publicaciones y Edición

Conoce y participa con nuestra revista

EN LÍNEA



◦ ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA ◦



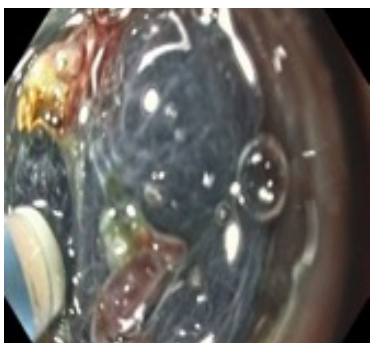
Zoom óptico.



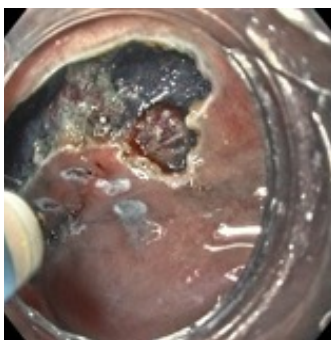
Revisión con filtro NBI.



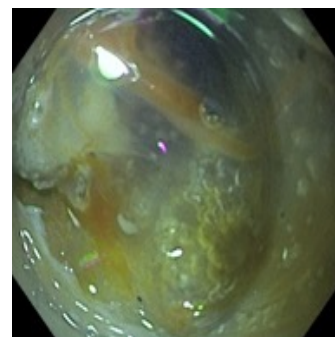
Marcaje de la lesión.



Creación del tercer espacio.



Disección.



Tecnología RDI.

SESIÓN MENSUAL



TIPS & TRICKS EN CÁPSULA ENDOSCÓPICA:
"DE LA INDICACIÓN A LA SELECCIÓN DEL TIPO DE CÁPSULA"

10 ABRIL 20:00 h.

Profesor internacional:
Dr. Ignacio Fernández-Urrién Salnz
Pamplona - España

Profesor Nacional:
Dr. Luis Eduardo Zamora Nava

Otorga puntaje para recertificación
*Válido únicamente visualizando la transmisión en:
<https://www.amegendoscopia.org.mx/>



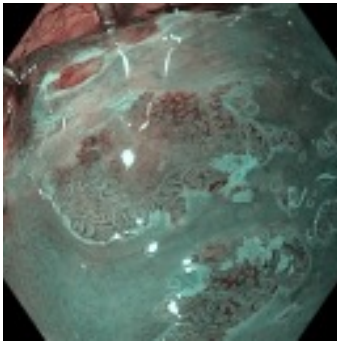
Disección en retrovisión.



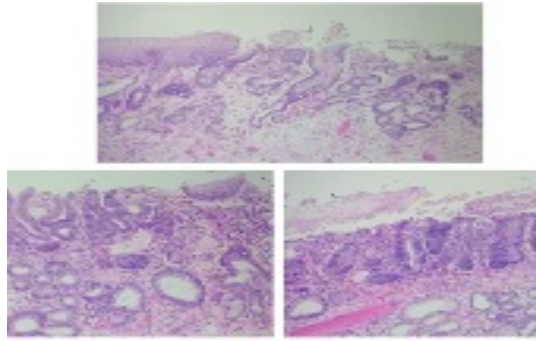
Esófago posdisección.



Producto de disección endoscópica.



NBI + NearFocus (filtros avanzados).



Patología (4X, 10X))
Esófago de Barrett
con displasia de alto
grado. Bordes de
resección sin lesión

Imágenes ilustrativas de técnica DES en el Centro de Endoscopia del HUP en paciente con Esófago de Barrett.

Sin embargo, la curva de aprendizaje es más alta en DES al ser una técnica avanzada y es importante la creación de centros de entrenamiento estructurado para su realización.⁹

Concluimos que, actualmente, la disección endoscópica de la submucosa es el procedimiento terapéutico de elección para el Esófago de Barrett, por los beneficios ya descritos. Requiere de un equipo multidisciplinario, a cargo de endoscopistas con entrenamiento en tercer espacio por seguridad del paciente para lograr éxitos técnicos y clínicos satisfactorios.

Referencias

1. Sugano K, Spechler SJ, El-Omar EM, *et al.* *Kyoto inter-national consensus report on anatomy, pathophysiology and clinical significance of the gastro-oesophageal junction.* Gut. 2022;71(8):1488-514
2. Morales Martinez, Ignacio; Brizuela Quintanilla, Raúl A; Armenteros Torres, Mildred Cecilia Y Duran Morera, Noira. *Tratamiento Endoscópico Del Esófago De Barrett Con Displasia De Bajo Y Alto Grado.* Medicentro Electrónica [Online]. 2022, Vol.26, N.3 [Citado 2025-01-16], Pp. 637-656 . Disponible En: <Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1029-30432022000300637&Lng=Es&Nrm=Iso>.



Epub 01-Sep-2022. Issn 1029-3043

3. Herrera Elizondo, Monreal Robles *et al.* *Prevalencia de esófago de Barrett: estudio observacional en una clínica de gastroenterología.* Revista de Gastroenterología de México. Vol 82. Num 4. pp 296-300
4. Espino, A., Vargas, J. I., Latorre, G., Richter, H., Quezada, N., Torres, J., & Parra-Blanco, A. (2024). *Esófago de Barrett: Actualización en el diagnóstico y tratamiento.* Revista Médica De Chile, 151(10). Recuperado a partir de <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10407>
5. Mejía M. Ricardo, Sáez B. Josefina, Moreno Daniel, Norero M. Enrique, Ceroni V. Marco, Briones Pamela *et al.* *Disección endoscópica submucosa para el tratamiento del cáncer esofágico.* Rev. cir. [Internet]. 2021 Jun [citado 2025 Ene 20]; 73(3): 287-292. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300287&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021003865>
6. Ning, Bo, Abdelfatah, Mohamed M, AU - Othman, Mohamed O. 2017 *Endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early stage esophageal cancer.* Annals of Cardiothoracic Surgery; Vol 6, No 2 (March 01, 2017): Esophageal Surgery 2017.
7. Aliaga Ramos Josué Jesus, Arantes Vitor. *Esófago de Barrett con displasia de alto grado o adenocarcinoma intramucoso: ¿EMR o ESD?* Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2019 Jul [citado 2025 Ene 19]; 39(3): 265-272. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000300010&lng=es.
8. Kornpong Vantanasiri, Prasad G Iyer, *State-of-the-art management of dysplastic Barrett's esophagus,* Gastroenterology Report, Volume 10, 2022, goac068, <https://doi.org/10.1093/gastro/goac068>
9. Yang D, Othman M, Draganov PV. *Endoscopic mucosal resection vs endoscopic submucosal dissection for Barrett's esophagus and colorectal neoplasia.* Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2019;17(6):1019–28. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542356518310218>

REUNIÓN
REGIONAL
2025

Episodio 2

DEL 19 AL 21
DE JUNIO 2025

sede
San Luis
Potosí



@ameg.mexico

f @ameg.mexico

x @AmegMexico



Cuantificación morfométrica de las vellosidades con cápsula endoscópica: software para cuantificar atrofia

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Desde que se introdujo la cápsula endoscópica (CE) se ha revolucionado el abordaje de la patología del intestino delgado (ID). Sabemos que la primera indicación de la CE es la sospecha de hemorragia del ID; sin embargo, en los últimos años ha ganado importancia en el diagnóstico y monitorización de la enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca (EC).

La ESGE y la Sociedad Europea para el Estudio de la Enfermedad Celíaca recomiendan ampliamente a la CE como herramienta no invasiva para el seguimiento clínico de la EC y la detección de sus complicaciones.

Actualmente, la CE del ID tiene un papel primordial en pacientes con EC no respondedora o complicada, aunque todavía falta un método no invasivo para cuantificar la atrofia de las vellosidades del ID, por lo que Nandi y cols, analizaron fotogramas de estudios de CE CapsoCam de pacientes con EC de 2018 a 2020.

La histología fue la referencia estándar, la atrofia fue definida como puntuación de Marsh-Oberhuber $\geq 3a$. Tres regiones de interés (TRI) fueron seleccionados a ciegas de cada fotograma por un gastroenterólogo experto y analizados mediante un sof-

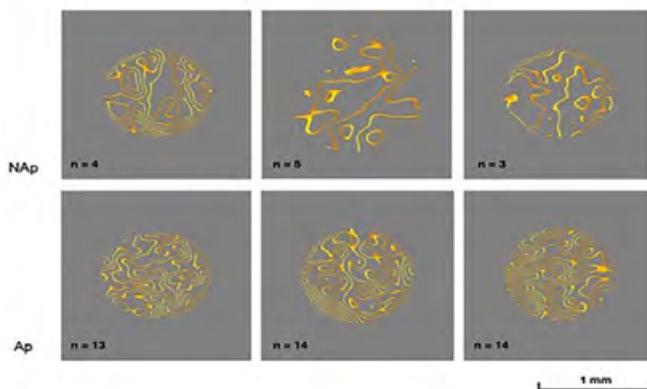


Imagen 1. Trazos de isolíneas de la región de interés (TRI) de los fotogramas de la CE de pacientes con atrofia (Ap) o sin atrofia (Nap).

ware de procesamiento de imágenes en una escala numérica. Un gráfico de superficie 3D identificó la densidad de las vellosidades intestinales a través de gráficos de isolíneas (Imagen 1).

Dentro de sus resultados se obtuvieron 306 TRI de 57 fotogramas con atrofia macroscópica y 45 con mucosa normal

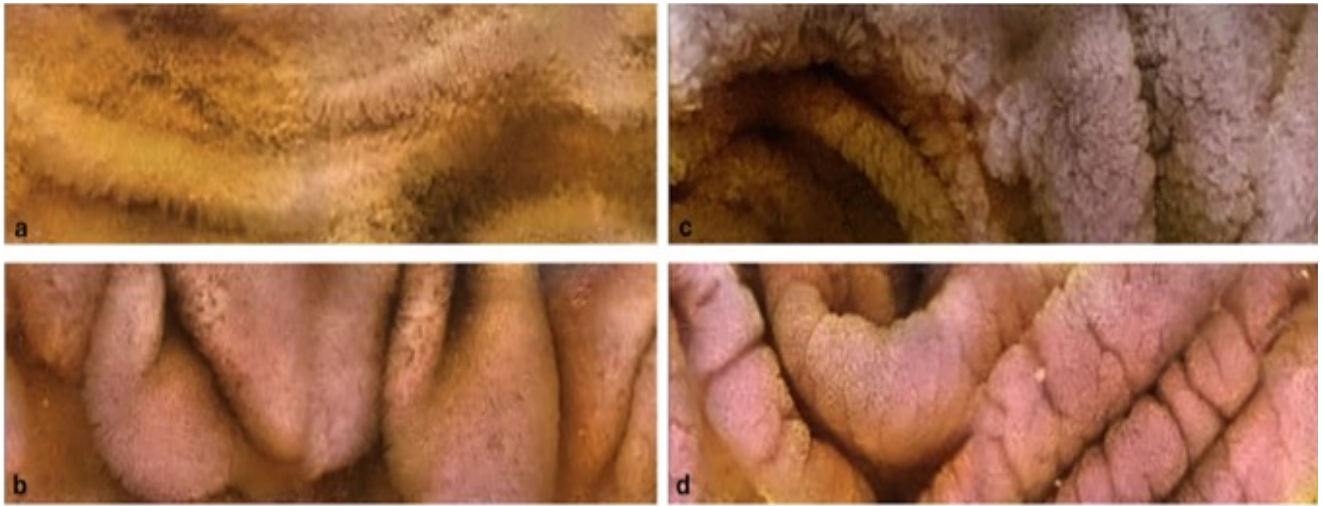


Imagen 2. Mucosa normal (a,b) y mucosa con atrofia del intestino delgado vista en la CE (c,d).

(Imagen 2). Los fotogramas se clasificaron como atróficos (n=63) o no atróficos (n=39) según la clasificación de Marsh-Oberhuber.

Al final, la puntuación de densidad media difirió significativamente entre los marcos atróficos y no atróficos ($p < 0,001$). El análisis morfométrico mostró una sensibilidad del 77% y una especificidad del 79% para diferenciar entre mucosa atrófica o no atrófica con un punto de corte de 14.10 (índice de Youden) y un área bajo la curva de 0.805 (IC 95% 0.712–0.897).

Ellos concluyen que su software de CE que desarrollaron puede cuantificar eficazmente la atrofia de las vellosidades; sin

embargo, se requieren más estudios para validar su aplicabilidad en una cohorte externa.

En nuestra opinión es un estudio muy interesante, ya que hasta el momento no hay algún sistema que nos ayude a definir o a cuantificar el grado de atrofia, situación que es importante en los pacientes celiacos para valorar una respuesta al tratamiento.

Referencias

1. Nandi N, Topa M, Rimondi A, Ciulla MM, Tontini GE, Scaramella L, Sidhu R, Vecchi M, Elli L. *Computer aided villi morphometric quantification in video-capsule enteroscopy: A newly developed software to quantify small bowel atrophy*. Dig Liver Dis. 2025 Jan;57(1):298-302.



Conmemorando el mes de la concientización sobre el cáncer colorrectal

Entrevista al Dr. Lisandro Pereyra

Servicio de Gastroenterología
y Endoscopia
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

En esta ocasión, con motivo del mes de concientización sobre el cáncer colorrectal, quisiera hacer algo especial y qué mejor que teniendo como invitado al Dr. Lisandro Pereyra de Argentina, experto y apasionado sobre el tema.



Imagen 1. Dr. Lisandro Pereyra.

Antes que nada, muchas gracias por haber aceptado la invitación. ¿Cree que han mejorado los programas de escrutinio de cáncer colorrectal en América Latina?

Yo creo que se está avanzando a una mejora, pero América Latina tiene aún mucho camino por recorrer. Tenemos una incidencia alta de cáncer y no alcanzamos a realizar tamizaje a toda la población que lo necesita. Todavía hoy se mueren casi un millón de personas al año en el mundo y esto es porque el escrutinio no se ha podido implementar de manera óptima.

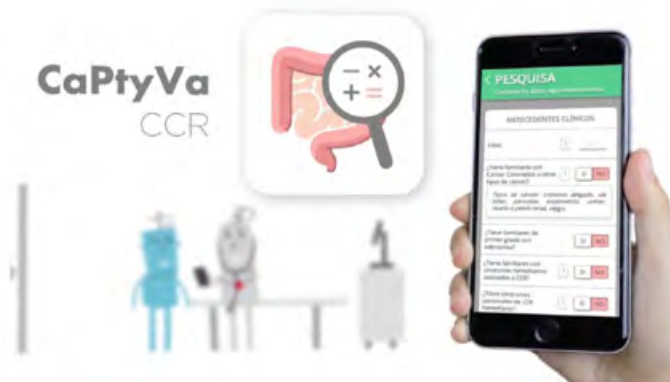


Imagen 2. Herramienta CaPtyVa para dictar pesquisa y vigilancia de CCR.

Se está empezando a tomar más conciencia. El primer paso es que los médicos estén conscientes y empiecen a recomendarlo a sus pacientes, que logren identificarlos y estratificarlos de acuerdo con su riesgo. Después concientizar a la población, lo cual es un tema clave.

Hay un estudio mexicano que mostró que menos del 50% de la gente ha escuchado sobre la prevención del cáncer de colon. En Argentina sólo el 27% de la gente entre 50 y 75 años se han hecho un estudio de colon; por lo tanto, vamos mejorando, pero aún estamos lejos.

En Latinoamérica se ha trabajado en mejorar la calidad de la colonoscopia. Al menos en Argentina, hay que poder cubrir más de ocho millones de personas mayores de 50 años y se debe tener más acceso a cobertura médica y de mayor calidad. Aquí la medicina pública no tiene un programa de escrutinio, más bien se hace de manera oportunista. Hace varios años que el Instituto Nacional de Cáncer realiza guías de vigilancia y genera alianzas en las provincias para implementar programas, pero eso



Imagen 3. Herramienta Chequeá tu colon.

no quiere decir que tengan dinero para hacer las colonoscopias de tamizaje. Por lo tanto, este escrutinio es más una realidad para el paciente privado.

Hay reportes de aumento de casos de cáncer colorrectal en jóvenes. ¿Qué nos puede platicar sobre esto? ¿Debemos disminuir todavía más la edad para inicio de tamizaje de cáncer de colon?

Sí hay un aumento en jóvenes, pero si lo miramos poblacionalmente, sabiendo que en Latinoamérica la tasa de pesquisa es muy



baja, que no hay lugar para todos y que de los pacientes de mayor riesgo, ni el 27% han sido llevados a tamizaje; ¿cómo podríamos decidir disminuir la edad, cuando aún no hemos podido llevar a escrutinio a la mayoría de los pacientes mayores de 50 años o a aquellos que sí tienen familiares con cáncer, cuando estos siguen teniendo un riesgo mayor que los de 45 años?

La medida que tomamos en el consultorio es hablar con pacientes jóvenes, se les concientiza. Casi la mitad de estos pacientes tienen síntomas de alarma casi dos años antes o tienen antecedentes familiares; por lo tanto, concluimos que no se están interrogando bien a los pacientes.

Entonces, hay mucho por hacer antes que decidir bajar la edad de comienzo del tamizaje. Pero si tienes los recursos y tu país tiene una alta incidencia en los jóvenes, sí hay que ponerse a trabajar con ellos.

Se debe cuidar que las unidades de endoscopia no se saturen de pacientes de bajo riesgo, adherirse bien a las guías para no hacer colonoscopias innecesarias y así optimizar la atención. Es por esto que nosotros creamos la herramienta CaPtyVa, la cual nace como un recurso para la correcta indicación de la pesquisa y vigilancia del cáncer colorrectal para optimizar seguimientos y no caer en el sobreuso de la colonoscopia.

La aplicación está abierta y está basada en guías nacionales e internacionales, todos la podemos usar. Por ejemplo, esta aplicación fue pedida por Cataluña para ser adaptada a sus guías. Recientemente se acaba de aceptar una publicación con los primeros resultados de su uso a un año de su implementación y se demostró que redujo en un 56% los pacientes de bajo riesgo, para darle lugar a los de alto riesgo, logrando optimizar los recursos (búscala para Android y iOS).

¿Qué es la herramienta Chequéate tu colon? ¿Los mexicanos podemos acceder a esta?

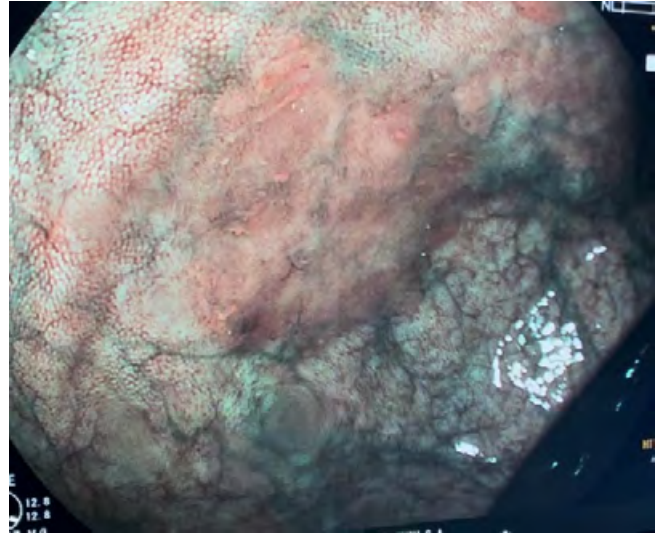


Imagen 4. Lesión 0-IIb durante una colonoscopia del Dr. Lisandro Pereyra.

Es una herramienta gratuita que apunta al paciente para generar conciencia entre la población, que sea él mismo el que determine su riesgo.

Aprovechando que las redes sociales y las aplicaciones están en auge, se promueve el lema “Hacerte protagonista de tu detección” y “Convertirte en un agente de prevención”. Dentro de la misma herramienta están todos los factores de riesgo publicados y, con base en esto, al paciente se le da un riesgo y se le dice cómo bajarlo. Esta herramienta está abierta a todo el mundo (Búscala en www.chequeatucolon.com.ar).

¿Cree que la detección de lesiones ha mejorado realmente con la inclusión de la inteligencia artificial?

Toda la tecnología mejora la tasa de detección de adenomas, pero en el caso de la inclusión de la inteligencia artificial en Latinoa-



mérica no se ha hecho masivamente. En los lugares donde está la tecnología, cada vez hay más estudios que demuestran que te ayudan a encontrar pólipos muy pequeños, que si bien elevan la tasa de detección de adenomas (ADR), lo hacen a partir de pólipos con poca relevancia clínica. Cabe mencionar que el ADR es clave, es el mejor indicador de calidad de la colonoscopia.

¿Qué prefiere para un tamizaje: el ENDOCUFF o un *cap* transparente?

Los dos me gustan. Todos los dispositivos que mejoren el ADR hay que usarlos y hay que elegir el que esté a la mano. Aunque el *cap* es muy útil si vas a hacer una mucosectomía, estoy más acostumbrado al ENDOCUFF. Me gusta mucho la sensación de poder revisar todos los pliegues y se ancla mejor.

¿Algún consejo para mejorar nuestra tasa de detección de adenomas?

Todos deberíamos estar midiendo nuestro ADR. Si es bajo, no vamos a proteger al paciente de cáncer de colon o de intervalo. Está demostrado que para que sea estadísticamente significativo, tenemos que tener 500 colonoscopias de escrutinio.

Primer tip: el tiempo de retirada, cuanto más tiempo mejor, se ha demostrado que más de 6 a 8 minutos aumenta tu ADR; sin embargo, no sólo es el tiempo en sí, es el tiempo que tardamos en revisar bien un colon. Segundo tip: revisar la técnica, ser obsesivo, lavar, revisar cada pliegue, observar el patrón vascular, la retroflexión en ciego. Tercer tip: para lesiones sutiles, buscarlas activamente, revisar alguna interrupción del patrón vascular y, si hay duda, aplicar ácido acético para mejorar la visualización.

¿Qué pólipos cree usted son los más difíciles de resear?

Aquellos en situación difícil, por ejemplo, casi dentro de la válvula, en una posición incómoda. En cuanto a la morfología, los pólipos planos y las lesiones de extensión lateral no granulares, porque no son tan blandos como los granulares, no se agarran ni elevan tan bien, la escara no queda tan limpia, tiene más riesgo de sangrado y de perforación.

A veces los endoscopistas pensamos que es difícil promover la concientización sobre el cáncer de colon. ¿Algún consejo para ir empezando en nuestros centros o consultorios?

Cada médico es un pequeño influencer, hay que explicar a los pacientes la cantidad de personas que mueren por el cáncer de colon, etc. Ese speech puede impactar de tal manera que el paciente puede contarle a otros. Usar CaPtyVa, Chequeá tu colon o alguna otra herramienta. Le pido al paciente que se convierta en un agente de prevención. Formar parte de las actividades de las sociedades de endoscopia y gastroenterología. Buscar que otros especialistas se interesen y detecten síntomas de alarma.

¿Algo más que quiera compartir a los endoscopistas mexicanos?

Saludarlos a todos y decirles que tenemos una tarea importante: lograr prevenir un cáncer que es un problema sanitario de primer orden. Cada paciente es una batalla; por ejemplo, si el paciente está mal preparado y se tiene que repetir al año, o si sobrevigilamos a los pacientes, vamos a tener saturadas nuestras unidades de endoscopia. Si no revisamos bien y se nos pasó un pólipo, desperdiciamos la oportunidad de prevenir un cáncer, entonces debemos ofrecer una colonoscopia de máxima calidad y con el riesgo mínimo de complicaciones.

Múltiples divertículos duodenales

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena
Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros
Dr. Luis Carlos Fernández Álvarez

Masculino de 67 años, el cual presentó dolor abdominal epigástrico, distensión, vómito y fatiga. Los estudios de laboratorio reportaron anemia normocítica hipocrómica. Se realizó una endoscopia del tubo digestivo alto como abordaje, que reportó enfermedad diverticular del bulbo duodenal, sin complicaciones. Es raro ver en una endoscopia superior este tipo de imagen, pues por lo general los encontramos más en CPRE.

Los divertículos duodenales se encuentran en aproximadamente el 20% de la población general. Menos del 10% presenta síntomas, entre los cuales están la hemorragia, obstrucción intestinal, colangitis ascendente y perforación, siendo esta última la más importante de las complicaciones por la elevada mortalidad que representa. El 90% de los divertículos



duodenales encontrados están presentes en la segunda porción y más común en la cara medial; se clasifican como intra y extraluminales, de los cuales el más frecuente es el tipo extraluminal.

La prevalencia incrementa con la edad y existe un predominio de género. El 89% suelen ser solitarios y poco más del 10% son múltiples como en este caso. El tratamiento endoscópico-quirúrgico se reserva únicamente para pacientes sintomáticos.

Referencias

1. Boot M, Chew K, Archer J, Sowter S, Bergamin P. *Iatrogenic duodenal diverticulum perforation: a systematic review*. ANZ J Surg 2023 May;93(5):1322-1328. doi: 10.1111/ans.18376. Epub 2023 Mar 7. PMID: 36881513.
2. Capasso M, Dioscoridi L, Forti E, Pugliese F, Cintolo M, Bonato G, Mutignani M. *Totally endoscopic treatment of duodenal diverticulum*. Endoscopy 2023 Dec;55(S 01):E1051-E1052. doi: 10.1055/a-2155-4535. Epub 2023 Sep 15. PMID: 37714211; PMCID: PMC10504031.

((E C O S))
E N D O S C Ó P I C O S
I N T E R N A C I O N A L E S

JULIO 17 AL 19 2025

HOSPITAL
ESPAÑOL
DE MÉXICO



¿En verdad todos podemos eructar?

Incapacidad para eructar, un enfoque multidisciplinario

Dra. Valeria Lagunes Costales

Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello

En la medicina moderna, la interconexión entre distintas especialidades médicas sigue siendo un área de gran interés y relevancia. En 1987, el Dr. Kahrilas, especialista en gastroenterología, describió por primera vez un cuadro clínico denominado disfunción retrógrada del esfínter esofágico superior, caracterizado por la incapacidad para eructar y la presencia de dolor torácico. En ese momento, no se disponía de explicaciones fisiopatológicas claras ni de opciones terapéuticas efectivas para su manejo. Décadas después, un nuevo enfoque emergió desde una perspectiva diferente.

En 2019, el Dr. Bastian, otorrinolaringólogo, publicó un estudio en el que describió la disfunción cricofaríngea retrógrada (DCF-R). Esta entidad no sólo explicaba la incapacidad para eructar, sino que también incorporaba otros síntomas como ruidos de gorgoteo, distensión abdominal y dolor torácico. La principal aportación de este estudio fue la propuesta de un abordaje terapéutico innovador: la inyección de toxina botulínica en el músculo cricofaríngeo, con resultados prometedores.

En un estudio inicial, 51 pacientes tratados con esta técnica recuperaron la capacidad de eructar y experimentaron un alivio significativo de sus síntomas. En la mayoría de los casos, la mejora se mantuvo en el tiempo, lo que cuestionó la creencia previa de que los efectos de la toxina botulínica son temporales. Este hallazgo plantea la hipótesis de que el cuerpo humano podría "re-aprender" ciertas funciones con la modulación neuromuscular.

La difusión de este síndrome en redes sociales ha permitido

que más pacientes se identifiquen y busquen atención médica. En respuesta, especialistas en otorrinolaringología de diversas regiones han comenzado a implementar y perfeccionar esta técnica, explorando variaciones en la dosificación y el método de aplicación. Desde la primera publicación en 2019, nuevas series de casos han consolidado la eficacia del tratamiento y han generado un debate sobre su posible inclusión en guías clínicas establecidas.

Este caso subraya la relevancia de la colaboración entre especialidades, un trastorno inicialmente descrito en el ámbito de la gastroenterología ha encontrado su abordaje terapéutico en la otorrinolaringología. Con el avance continuo de la investigación y la creciente difusión de estos hallazgos, se espera que más pacientes puedan beneficiarse de una mejor comprensión y manejo de esta condición, mejorando así su calidad de vida.

Referencias

1. Bastian RW, Smithson ML. *Inability to Belch and Associated Symptoms Due to Retrograde Cricopharyngeus Dysfunction: Diagnosis and Treatment*. OTO Open. 2019 Mar 15;3(1):2473974X19834553. doi: 10.1177/2473974X19834553. PMID: 31236539; PMCID: PMC6572913.



Contacto

Dra. Valeria Lagunes Costales
Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello
Eugenio Sue 355, consultorio 503, Clínica Eugenio Sue, Polanco, Ciudad de México
Teléfono: (55) 1469-1635
Instagram: dra.valerialagunes



Laboratorio de Innovación y Enseñanza de la Endoscopia Gastrointestinal

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís

La necesidad

El entrenamiento en endoscopia para el desarrollo de destrezas es una condición obligada a la par del conocimiento de las patologías y sus necesidades de diagnóstico y tratamiento en la endoscopia como en todas las áreas de intervención en medicina.

A lo largo de la historia, el entrenamiento en esta disciplina ha tenido situaciones que han evolucionado, desde la enseñanza tutorial con pacientes como modelo de enseñanza hasta el desarrollo de avanzados simuladores, con la respectiva desventaja del riesgo que implica para los pacientes a costa de la enseñanza para el especialista en endoscopia.

Es bien sabido que en las etapas iniciales del entrenamiento de los endoscopistas las curvas de aprendizaje de destrezas tienen mayor riesgo de complicaciones, mayor costo en salud y económico para el paciente, el médico y los sistemas de salud, situación que se repite en todo el mundo. El uso de modelo humano en cadáver no ha resultado una herramienta fácilmente disponible, por lo que se ha destinado para áreas diferentes a la endoscopia.

El desarrollo abrumante de nuevos dispositivos tecnológicos endoscópicos y técnicas novedosas cada vez más intervencionistas requiere con mayor rapidez la necesidad de entrenamiento

en plazos más cortos de programas que resuelvan con el menor riesgo posible estos requerimientos.

La parte ética de la enseñanza médica no sólo se limita a la práctica en pacientes, pues además se ha extendido al uso de animales domésticos vivos para práctica médica, condición que por un lado ha limitado en la última década la práctica de destrezas.

Sin embargo, por el otro lado ha permitido el desarrollo de mejores simuladores y programas más estructurados para evaluar las competencias prácticas de las habilidades de los endoscopistas con mejor supervisión y posibilidad de repetición de los procedimientos y técnicas antes de enfrentarse a las situaciones clínicas sobre pacientes.

Es por esto que la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C., con la experiencia adquirida de los últimos 20 años de la introducción de los talleres con modelos biológicos en 2004, con la participación de gran cantidad de profesores nacionales y extranjeros durante las actividades académicas de cursos y congresos, materializó la creación de un centro permanente de práctica con el uso de simuladores plásticos, biológicos y electrónicos en alianza con la industria médica de equipos y dispositivos.

El LIEEG

Laboratorio de Innovación y Enseñanza de la Endoscopia Gastrointestinal fundado el 3 de septiembre de 2021 en alianza con Olympus Corporation of the Americas (Imagen 1). Posterior a la gestión y visión de varias administraciones, se establece como Centro de Entrenamiento Permanente de la AMEG- C.P. AC. con las siguientes directrices:

- Enseñanza práctica.
- Diseño, industria y tecnología.
- LIEEG extramuros e itinerante.
- LIEEG internacional.
- Telemedicina.
- Investigación.

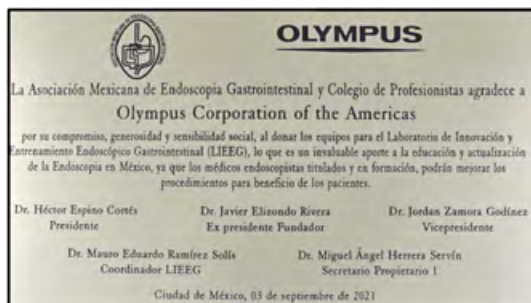


Imagen 1.

Identidad

La identidad representada en su logotipo (Imagen 2) pretende transmitir las tres esferas, directrices de la misión del LIEEG que son:

- Ética para la enseñanza práctica, educación sin riesgo para pacientes.
- Conocimiento.
- Innovación.



Imagen 2.

La sustentabilidad

Los recursos humanos y materiales involucrados en el desarrollo de los programas LIEEG, provenientes de la importante participación de los socios comerciales de la industria de equipos y de dispositivos médicos y de las cuotas de los endoscopistas agremiados, han permitido la sustentabilidad y evolución para robustecer la oferta de programas académicos que, con el paso del tiempo, nos permiten estar a la vanguardia mundial para el entrenamiento que los médicos endoscopistas de nuestro país y de Latinoamérica requieran.

La acreditación

Los programas académicos de cada curso han evolucionado a lo largo del tiempo. Como consecuencia de la continua gestión y comunicación proactiva de las instituciones académicas se ha logrado la acreditación por los consejos certificadores de la endoscopia, de tal manera que el LIEEG se ha convertido en un pilar de la educación práctica debidamente acreditada, condición que cumple uno de los objetivos para el que fue creado: la educación de alta calidad, ética, innovadora y sin riesgo para pacientes.



Los resultados

Las necesidades de educación práctica continua tienen un espectro muy amplio que va desde la práctica básica en las etapas iniciales de los endoscopistas en formación hasta las técnicas avanzadas de alto perfil, como lo son los procedimientos de vía pancreatobiliar, ultrasonido endoscópico, la enteroscopia, la endoscopia pediátrica, la neuro gastroenterología, la terapia de las estenosis, las técnicas hemostáticas avanzadas, el conocimiento de la totalidad de las prótesis disponibles en México y en muchos casos las de innovación experimental, a cargo de la industria de accesorios y equipos de endoscopia.

En la actualidad se realizan en promedio entre 15 y 25 cursos y/o talleres al año, incluidos los de preparación para técnicos de endoscopia, curso de preparación para el examen de certificación de consejos para endoscopia y los itinerantes durante las reuniones extramuros en formatos regionales en el interior del país.

La posibilidad del uso de la telemedicina nos ha permitido que el 80% de los cursos y talleres hands on sean internacionales, con la participación de líderes de opinión de orden mundial en temas específicos de la endoscopia y áreas afines.

La vanguardia e innovación han sido características de este centro de adiestramiento y año con año se amplían las posibilidades de enseñanza.

Museo de la endoscopia mexicana

La creación del Museo de la Endoscopia Mexicana se dio el 11 de abril de 2024 y nos ofrece un vínculo con la historia de nuestra especialidad, donde las mentes fundadoras de la práctica de la endoscopia en nuestro país nos comparten su legado en forma física con la donación de equipos e instrumentos de endoscopia rígida, documentos históricos y gráficos que nos permiten hacer un reconocimiento de la evolución y entender un poco del camino



que hemos recorrido para llegar a una endoscopia moderna y vanguardista.

Acerca del Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís

- Fundador y director del programa del Centro de entrenamiento de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C.
- Fundador del Centro de Enseñanza en Cirugía de Mínima Invasión (CECMI). Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
- Adscrito al Servicio de Endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología. México.
- Contacto: mauroeduardoramirezsolis@gmail.com

Referencias

1. Ramírez Solís M. E. y cols. *Diseño y descripción de un simulador inanimado para entrenamiento de endoscopia gastrointestinal*. Endoscopia 2006; 18: 30.36
2. Ramírez Solís M. E. Rodríguez Suárez Javier, De la Concha y Bermejillo Florencio, Flores Gama Francisco, Córdoba Ávila Miguel Ángel. *Simuladores de la Cirugía Endoscópica en México*. 2006, Vol 7, Num 3. 156-162



LIII

REUNIÓN NACIONAL DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

sede

Centro Internacional
de Convenciones
Puerto Vallarta, Jal., MX

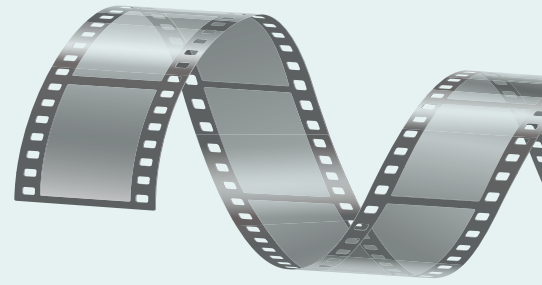
13 al 17
septiembre
2025

 @ameg.mexico

 @ameg.mexico

 @AmegMexico





La sustancia... de la juventud

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

La sustancia es una película de 2024 que cuenta con una de las mejores actuaciones de Demi Moore, quien a sus 62 años interpreta magistralmente a Elisabeth Sparkle, una estrella de televisión de un programa de aerobics que es cancelada por una industria que consume sólo personalidades “jóvenes”. Sin importar su experiencia y trayectoria, ella es retirada sin ninguna razón más que su edad.

Ante la desesperación y desilusión, Elisabeth recurre a un nuevo producto, la “sustancia”, que promete recuperar “la mejor versión de uno mismo, más joven, más llena de vida, más perfecta”. Elisabeth consume esta fórmula, que es totalmente una incógnita hasta para sus usuarios en cuanto a sus implicaciones y resultados esperados.

Resulta una grata sorpresa al inicio y es aquí donde se convierte en ciencia-ficción, pues lo que hace esta sustancia es clonar el cuerpo en su versión más joven; sin embargo, el otro cuerpo entra en una especie de coma y debe ser alimentado por el cuerpo que está “activo”.

Las instrucciones son claras: cada cuerpo tiene una semana activo y después deben intercambiar lugares, así la persona pasa una semana en su cuerpo actual y una semana en su cuerpo joven.

En la semana joven, Elisabeth recobra su gloria ayudándose de su experiencia, incluso recupera su programa y se convierte

de la noche a la mañana en la nueva súper estrella de la televisión, pero en la semana “no joven” se deprime por las glorias pasadas, perdiéndose en los excesos y añorando la siguiente semana.

No tarda mucho en darse cuenta de que, si no cumple la regla de la semana y toma tiempo extra en su semana joven, el cuerpo actual sufre las consecuencias. Así empieza una lucha entre las dos personalidades y el abuso de cada una en su tiempo activo.

Es una historia que refleja extraordinariamente, con una excelente actuación de Demi Moore, la realidad de los estándares de belleza actuales, la búsqueda de la perfección física, la lucha interna en las personas con cierta adicción, la añoranza de la gloria pasada, la falta de respeto y reconocimiento a la experiencia y trayectoria en contra de lo superficial y banal.

La evolución del personaje y la manera en que pierde el control de su vida, como un adicto hacia su droga, sin importarle las consecuencias para su vida a cambio de vivir un sueño. Es una película bastante gráfica en el sentido no sólo de desnudos, sino también en escenas sangrientas que pueden caer en el *gore*, pero al mismo tiempo con una cinematografía y estética muy bien cuidadas.

Sin duda, se trata de un *thriller* con tintes psiquiátricos mercedora del tiempo de reflexión al que te obliga después de haberla visto.