

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Ectasia Vascular Antral (GAVE): filtro de imagen RDI y aplicación de argón plasma

Colangitis aguda: actualización
de conceptos en 2025

Agonistas del receptor de péptido
glucagón-1 y cápsula endoscópica
en pacientes con diabetes. Estudio
de cohorte pareado

Muestreo de tejido guiado por USE.
Revisión técnica y tecnológica ESGE.

Parte 1



Terapia dirigida RDI.



DIRECTORIO

Presidente 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:

Dr. Reynaldo Alvarado Morales

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dr. Jony Cerna Cardona

Dra. Lucía Escobedo Berumen

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dra. Janet Ledesma Ortiz

Dra. Dulce María Lozada

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Dr. Gerardo Morales Fuentes

Dra. Jaqueline Paredes Palestino

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Felipe Zamarripa Dorsey

GEMA. Gaceta Endoscópica Mexicana

es una publicación mensual de la Asociación

Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal

y del Colegio de Profesionistas A.C.

Permiso en trámite.

Contacto:

✉ drgerardo.gastro@gmail.com

✉ lucyvasquez@yahoo.com.mx

- 3 **MENSAJE EDITORIAL**
Dra. Yolanda Zamorano Orozco
- 5 **ENDOSCOPIG**
- 6 **PERFILES**
Conoce a nuestros socios en el país
Dr. Daniel Martín Escobedo Paredes / Dr. Eduardo Vázquez Mora
- 8 **CARTA DEL EXPRESIDENTE DE LA AMEG**
Mi gestión en la AMEG
Dr. Felipe Zamarripa Dorsey
- 9 **ACADEMIA DE LA AMEG**
Sesiones mensuales de la AMEG 2025
Dr. Felipe Zamarripa Dorsey
- 10 **CALIDAD EN ENDOSCOPIA**
Control de calidad en la toma de biopsias esofágicas y gástricas
Dra. Mónica Reyes Bastidas
- 12 **EN VÍA BILIAR**
Colangitis aguda: actualización de conceptos en 2025
Dr. Jony Cerna Cardona / Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo
- 15 **ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA**
Ectasia Vascular Antral (GAVE): filtro de imagen RDI y aplicación de argón plasma
Dra. Jaqueline Paredes Palestino / Dr. Reynaldo Alvarado Morales /
Dr. José Miguel Espinosa González
- 19 **EN INTESTINO DELGADO**
Agonistas del receptor de péptido glucagón-1 y cápsula endoscópica en pacientes con diabetes. Estudio de cohorte pareado
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara
- 21 **RETOS DE LA ENDOSCOPIA**
De la residencia a la presidencia
Dr. Miguel Ángel Herrera Servín
- 25 **EN ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO**
Muestreo de tejido guiado por USE. Revisión técnica y tecnológica ESGE. Parte 1
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna / Dra. Lucía Vásquez Sánchez
- 29 **IMAGEN / CASO DEL MES**
Esófago necrotizante agudo
Dra. Dulce María Lozada / Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros / Dra. Janet Ledesma Ortiz
- 30 **MITOS EN MEDICINA**
Ingesta de leche para neutralizar la ingesta de cáusticos. Destapando mitos
Dra. Lucía Escobedo Berumen
- 32 **SOCIAL**
Conociendo Puerto Vallarta, próxima sede de la Reunión Nacional
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes
- 34 **MEDI-CINE**
Los dos hemisferios de Lucca
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

El principal objetivo de la AMEG siempre será la satisfacción y actualización constante de todos nuestros queridos socios. Con gran alegría les quiero compartir que se llevó a cabo nuestra primera Reunión Regional del año en el estado de Puebla, con gran asistencia de médicos, residentes, enfermeras y la colaboración de nuestros profesores internacionales invitados: Dr. Isaac Rajjman, Dr. Sergio Zepeda, Dra. María Teresa Galiano, Dr. Sergio Sánchez-Luna, Dr. Samy R. Achem y el apoyo invaluable de nuestros socios comerciales para llevar a cabo las prácticas del taller Hands On con gran éxito.

Con ese mismo entusiasmo estamos preparando la siguiente Reunión Regional en el bello estado de San Luis Potosí; no olvides acudir en el próximo mes de junio.

En esta ocasión, nuestra Sesión Mensual se realizará el día 10 de abril a las 20:00 horas con el tema “Tips & Tricks en cápsula endoscópica: de la indicación a la selección del tipo de cápsula”, con el profesor internacional Dr. Ignacio Fernández-Urién Sainz, desde Pamplona, España.

Para este mes de abril, los queremos invitar al Curso Líder LIEEG Endoscopia de la Vía Biliar, con la gran colaboración de los Drs. Héctor Espino Cortés y Jony Cerna Cardona, por lo que les sugerimos inscribirse con oportunidad, ya que el cupo es limitado y el objetivo de este curso es mejorar los conocimientos y habilidades en patología biliopancreática; en su parte presencial se usarán técnicas del nivel básico al avanzado.



Quiero aprovechar para invitarlos a colaborar en la Videoteca de nuestra página AMEG así como en nuestra renovada revista *Endoscopia* para enriquecer nuestro acervo digital y editorial.

Para el mes de mayo también tenemos cursos LIEEG de gran relevancia como son el Curso de Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal y el Curso de Cápsula Endoscópica Avanzada. ¡Mantente al pendiente!

Les envío un saludo cordial y un fuerte abrazo.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Presidente de la AMEG

“Liderazgo, Inclusión e Innovación”

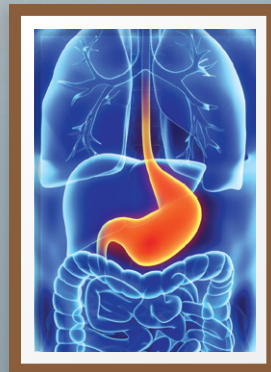
Ulsen® PCS

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.



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

Revisar IPP:



Senosiain®

El impacto de la canulación biliar difícil en la pancreatitis posCPRE

- La pancreatitis posCPRE es uno de los eventos adversos más temidos y comunes. La incidencia va del 5% al 10%; sin embargo, en los pacientes de alto riesgo puede aumentar hasta 15%, incluso cuando se implementan estrategias para reducirlo.
- Existen los factores de riesgo asociados al paciente y al procedimiento. Estos últimos incluyen la dificultad para canulación biliar, necesidad de esfinterotomía de precorte, canulación del conducto pancreático o la inyección de medio de contraste dentro de éste.
- Han y colaboradores recientemente publicaron un subanálisis de un ensayo multicéntrico de no inferioridad, en el que compararon la administración de indometacina sola contra indometacina combinada con prótesis pancreática para prevenir la pancreatitis posCPRE.
- Definieron canulación biliar difícil como >6 intentos de canulación o >6 minutos. Los pacientes con estas características y factores de alto riesgo preprocedimiento tuvieron la mayor incidencia de pancreatitis posCPRE (20.7%), seguidos del grupo con alto riesgo preprocedimiento pero sin canulación biliar difícil.
- La mayor tasa de pancreatitis posCPRE ocurrió cuando hubo ≥ 4 canulaciones del conducto pancreático.
- La combinación de indometacina rectal más prótesis pancreática disminuyó la tasa de pancreatitis posCPRE, incluso si se ha canulado cuatro veces el conducto pancreático.

¿Quieres saber más?

- Han S, Zhang J, Durkalski-Mauldin V et al. *Impact of difficult biliary cannulation on post-ERCP pancreatitis: secondary analysis of the stent vs indomethacin trial dataset.* Gastrointest Endosc 2025;101:617-28.
- Te invitamos al curso teórico Líder LIEEG "Endoscopia de la vía biliar", a realizarse de manera virtual del 1 al 9 de abril y presencial el 11 y 12 de abril de 2025.

 Síguenos: @endosco_pig



Conoce a nuestros socios del país

Dr. Daniel Martín Escobedo Paredes

Me llamo Daniel Martín Escobedo Paredes, me encuentro radicando y laborando en Guadalajara, Jalisco. Me formé como médico cirujano en la Universidad de Guadalajara y después ingresé al Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde realicé dos años de medicina interna y la subespecialidad en gastroenterología.

Tras cinco años de especialidad, tuve la fortuna de realizar dos altas especialidades en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en la Ciudad de México, las cuales fueron en endoscopia gastrointestinal y en ultrasonido endoscópico. Durante mi formación en el INCan me entrené en el manejo de pacientes con enfermedades oncológicas, desde su diagnóstico hasta el manejo de escenarios de alta complejidad. Tuve la oportunidad de tener una estancia en el Hospital Das Clínicas en Sao Paulo, Brasil, y ampliar mis conocimientos de endoscopia en lo referente a enfermedades benignas y malignas del tracto digestivo.

Una vez como adscrito he continuado en capacitación constante, no sólo como asistente sino también como profesor cercano al Laboratorio de Innovación en Endoscopia de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (LIEEG), así como de los múltiples talleres, cursos y encuentros nacionales. Me he enfocado en el desarrollo personal y la difusión del conocimiento de la endoscopia avanzada y el ultrasonido endoscópico diagnóstico e intervencionista.

En 2024 fui seleccionado por Boston Scientific y un grupo



de médicos altamente reconocidos a nivel mundial, como uno de los participantes en el primer encuentro de especialistas en el manejo de enfermedades de origen pancreático, hepático y biliar, denominado NEXT HPB y realizado en Costa Rica.

Soy miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, así como de la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal. Me encuentro certificado y recertificado en gastroenterología y endoscopia gastrointestinal por el Consejo Mexicano de Gastroenterología.

Contacto

Celular personal: 3338218823

Teléfono consultorio y urgencias: 3314584765
Hospital Ángeles del Carmen, Consultorio 740C,
Torre de Especialidades

Facebook: Daniel Escobedo Paredes

Instagram: ultrasonidoendoscopico_gdl /
dr_danielendo_gastro

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Dr. Eduardo Vázquez Mora

Soy el Dr. Eduardo Vázquez Mora, médico gastroenterólogo y endoscopista. Inicié mi formación académica con la licenciatura en medicina por parte de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT), continúe con dos años de medicina interna en el Hospital General de México y me derivé a gastroenterología en el Hospital 20 de Noviembre. Finalmente, cursé la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal diagnóstica y terapéutica en el Centro Medico ABC campus observatorio.

Actualmente y desde hace diez años radico en la Ciudad de Tampico, Tamaulipas, donde mi práctica médica la realizo tanto en medio público, enfocado principalmente en el área de endoscopia, como en medio privado, donde ofrezco servicios de consulta externa, hospitalización, endoscopia de tubo digestivo alto y colonoscopia diagnóstica y terapéutica, así como colangiografía retrógrada endoscópica y Fibroscan.

Considero que uno de los pilares de todo buen médico y sobre todo de un gastroenterólogo, es escuchar y mostrar empatía con el paciente, dejar que exprese sus preocupaciones durante la consulta y de esta manera poder dirigir el interrogatorio logrando establecer un mejor tratamiento. En caso de que algún paciente requiera manejo hospitalario, contar con un buen equipo multidisciplinario para un abordaje y tratamiento completo y resolutivo.

En caso de que requieran de mis servicios para algún paciente de mi localidad estoy a sus órdenes.



Contacto

Hospital Beneficencia Española de Tampico, consultorio 155

Teléfono consultorio y urgencias: 3314584765 ext.170

Facebook: FibroScan Tampico /

Dr. Eduardo Vázquez Mora

Correo: drvazquezmora@hotmail.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Mi gestión en la AMEG

Dr. Felipe Zamarripa Dorsey

Expresidente AMEG 2009-2010

En cuanto tomamos posesión, mi mesa directiva y yo nos pusimos a trabajar en cursos en la Casa AMEG. Fueron tres cursos, ocho sesiones mensuales, las cuales se realizaron desde el Hospital General de México.

Realizamos nuestras reuniones regionales, una en Tampico, Tamaulipas, y otra en Pachuca, Hidalgo. Nuestros ECOS Endoscópicos se llevaron a cabo en el Hotel Grand Marquíz Reforma y, para concluir, se llevó a cabo nuestra Reunión Nacional en la ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, inaugurando el nuevo Centro de Convenciones.

El curso en vivo se realizó en el Hospital Juárez de México, teniendo como responsable al Dr. Martín Antonio Manrique. El congreso estuvo a cargo del Dr. Juan Manuel Blancas Valencia y también tuvimos el curso de "Intestino Delgado", con una asistencia total de más de mil congresistas. Todos los profesores de las diferentes actividades eran miembros activos de la AMEG.

En cuanto a la Casa AMEG, rehabilitamos lo que es hoy el auditorio y se dieron los primeros pasos para contar con nuestro centro de entrenamiento, inaugurado en agosto de 2010. Se compró una camioneta que se utilizó por más de diez años. Se dio forma a nuestra página web que, en lugar de ser un costo, se comercializó obteniendo más de un millón de pesos.

Quiero hacer hincapié que durante la gestión del Dr. Reyes Betancourt, él como presidente y yo como tesorero, adquirimos la casa AMEG y todos los muebles y decoración fueron donados por la industria de equipos y farmacéutica.



Se entregaron buenas cuentas, con un superávit en la gestión de casi tres millones de pesos, como lo demuestran los libros contables y mi informe de tesorería en la asamblea de socios.

En cuanto a las actividades sociales, se realizó la cena navideña en la Hacienda de los Morales, la cena de expresidentes y durante el congreso tuvimos la cena Endofuji y la tradicional cena de clausura auspiciada por Senosiain.

Tuvimos el apoyo económico de casi todas las casas comerciales, lo que nos permitió transitar en lo académico y en lo económico, entregando buenas cuentas. Quiero a la AMEG, la llevo siempre y fue un honor presidirla.

Sesiones mensuales de la AMEG 2025

Dr. Felipe Zamarripa Dorsey

Agradezco la confianza de nuestra Presidente, la Dra. Yolanda Zamorano Orozco, quien nos ha dado la coordinación de las sesiones mensuales al Dr. Mario Peláez, Dr. Louis De Giau y a mi persona.

La primera sesión de gran interés la presentó la Dra. Carla Días de Venezuela, con el tema “Papel de la mujer en la endoscopia gastrointestinal en la actualidad”, donde hizo una semblanza del crecimiento de la mujer en la parte asistencial y académica en las últimas décadas en el mundo y en América Latina.

La segunda sesión, celebrada el martes 4 de marzo, se tituló “Polipectomía: ¿cómo selecciono el asa de polipectomía de acuerdo con las características del pólipo?”, conferencia magistralmente presentada por el Dr. Klaus Mönkemüller.

La tercera sesión, la cual me toca coordinar el día 10 de

abril, será “Tips and tricks en cápsula endoscópica: de la indicación a la selección del tipo de cápsula”, la cual estará a cargo del Dr. Ignacio Fernández-Urien Sainz.

El día 8 de mayo se presentará la sesión “Perfil del endoscopista del tercer espacio. Curva de aprendizaje para llegar a ser experto”; y la quinta sesión será el día 5 de junio con el tema “De lesiones premalignas al cáncer gastrointestinal. ¿Cómo detecto y trato a tiempo?”.

La última sesión mensual será un mes antes de nuestra Reunión Nacional, a celebrarse en Puerto Vallarta, Jalisco, con el título “Mejores prácticas en el manejo integral de la obesidad y enfermedades metabólicas”.

Los invitamos a que ingresen a cada una de las sesiones que, sin duda, nos dejarán un aprendizaje importante para nuestro desempeño profesional.



SESIÓN MENSUAL



Profesor internacional:
Dr. Ignacio Fernández-Urien Sainz
Pamplona - España

Profesor Nacional:
Dr. Luis Eduardo Zamora Nava

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

10 ABRIL
20:00 h.

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

Control de calidad en la toma de biopsias esofágicas y gástricas

Dra. Mónica Reyes Bastidas

La obtención de tejidos a través de la endoscopia es un paso fundamental para llegar al diagnóstico y poder brindar un tratamiento a las enfermedades del tracto digestivo; sin embargo, se requiere de una recolección adecuada para el análisis histopatológico, además de una buena comunicación con el patólogo.

Una vez que se obtiene la biopsia, ésta deberá ser colocada en un frasco con formol al 10%, lo que le da la suficiente fijación para disminuir la disecación del tejido y, sobre todo, preservar la arquitectura. Asimismo, permite la tinción de los tejidos (por ejemplo, hematoxilina y eosina, inmunohistoquímica) con resultado óptimo.

La mayoría de biopsias gastrointestinales no requieren una orientación para que el patólogo lleve a cabo su interpretación, a excepción de una hiperplasia de células basales en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o engrosamiento de la capa de colágeno subepitelial en colitis microscópica, donde el patólogo interpretará con mayor facilidad y certeza.

Existen algunas especificaciones muy concretas en algunas enfermedades que se mencionarán a continuación:

ERGE

No existe un protocolo establecido para la toma de biopsias en esta entidad. Las biopsias que se lleguen a tomar de esófago distal con apariencia normal pueden mostrar cambios inespecíficos,

conocidos como esofagitis de cambios mínimos: elongación papilar, hiperplasia de células basales y dilatación de espacios intercelulares. Por lo tanto, no se recomienda llevar a cabo.

Esofagitis eosinofílica (EEO)

La variabilidad en el criterio diagnóstico y la distribución micro y macroscópica de esta enfermedad han dado lugar a un protocolo estandarizado en la toma de biopsias. Se recomienda tomar de dos a cuatro biopsias, tanto del esófago proximal como distal, aún cuando la mucosa tenga una apariencia normal.

Cuando exista sospecha de gastroenteritis eosinofílica, las biopsias deberán tomarse del antro gástrico y duodeno. Nunca deberán colocarse en disolución de Bouin, ya que disminuye la capacidad de identificar eosinófilos. En ocasiones puede ser un reto diferenciar entre ERGE y EEO.

Esofagitis infecciosa

El citomegalovirus (CMV) y el virus de herpes simple infectan las células columnares y mesenquimatosas, que macroscópicamente dan la apariencia de úlceras. Las biopsias para CMV deberán tomarse de la base de la úlcera. El llevar a cabo reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en las biopsias de CMV brinda mayor sensibilidad en comparación con la histopatología pura.

El virus de herpes simple (VHS) infecta además a células epiteliales escamosas y se localiza en el margen lateral, tanto de

las úlceras como de las erosiones, por lo que la biopsia deberá tomarse de este sitio. También el cultivo y la PCR pueden ayudar en el diagnóstico. Para Candida, el cepillado brinda mayor sensibilidad diagnóstica que la biopsia.

Gastritis por *Helicobacter pylori*

La prueba diagnóstica para detectar *H. pylori* depende de cada situación clínica, costo y experiencia local. Las pruebas endoscópicas incluyen la actividad de ureasa tisular, examen histológico y cultivo. La sensibilidad puede verse amenazada por la ingesta de inhibidores de bomba de protones, soluciones con bismuto, antibióticos y hemorragia gastrointestinal. En estos casos, un resultado negativo de la prueba con ureasa deberá confirmarse de preferencia con una biopsia.

El cultivo de *H. pylori* permite la identificación de la cepa bacteriana y los patrones de resistencia antimicrobianos; sin embargo, es difícil de obtener y sólo se lleva a cabo en pocos centros. Para la prueba de ureasa se toman de una a dos biopsias. La infección por *H. pylori* puede asociarse con una gastritis atrófica metaplásica subestimando la importancia en la identificación del microorganismo, así como la extensión de la atrofia y metaplasia intestinal gástrica.

Gastritis metaplásica atrófica autoinmune

Afecta el cuerpo gástrico y típicamente se disemina en el antro gástrico. Predispone a la anemia perniciosa y confiere un riesgo aumentado de adenocarcinoma gástrico y tumores carcinoides.

No existe un protocolo estandarizado en la toma de biopsias, pero debe dirigirse hacia las úlceras, nódulos, pólipos y tumores para descartar neoplasia.

Pólipos epiteliales gástricos

Incluyen a los pólipos del fondo gástrico, a los hiperplásicos y adenomas. La pinza de biopsia es inadecuada para descartar displasia y carcinoma en el caso de pólipos de 0.5 a 1 cm. Los pólipos que se encuentran en el fondo gástrico tienen muy poco potencial de malignidad. Se debe resaltar que la displasia que pudiese encontrarse en estos pólipos se asocia con una poliposis adenomatosa familiar.

Los cambios displásicos se presentan en un 20% de los pólipos hiperplásicos. Los pólipos adenomatosos tienen potencial maligno y ambos tipos pueden ocurrir en presencia de *H. pylori* y gastritis atrófica metaplásica. Las biopsias deben tomarse alrededor del pólipo para excluir displasia.



Afílate 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.

Colangitis aguda: actualización de conceptos en 2025

Dr. Jony Cerna Cardona

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Los pacientes con colangitis aguda (CA) sin tratamiento pueden progresar a septicemia y falla orgánica múltiple, que resulta en un incremento de la morbilidad (mortalidad $\geq 50\%$ vs $\leq 10\%$).¹

Si bien es cierto que los criterios de Tokio 2018² (Tabla 1) proporcionan las herramientas para su diagnóstico con una precisión superior al 90%, no son fácilmente aplicables a las modalidades recientes de drenaje endoscópico, como el drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) o la endoscopia asistida por dispositivos.

Existen cada vez más oportunidades para el manejo de la obstrucción biliar hiliar y las estenosis biliares benignas mediante drenaje endoscópico. Recientemente se ha introducido la ablación biliar para el manejo de las estenosis biliares benignas y malignas.³

Isayama y colaboradores actualizaron algunos conceptos de la guía de Tokio en el manejo de la CA y sus resultados (Tabla 2).

En los criterios originales de Tokio, la principal afección objetivo era la obstrucción biliar maligna distal irreseccable con anatomía normal que requería la colocación endoscópica transpapilar de una prótesis biliar; sin embargo, también existen necesidades no satisfechas: obstrucción maligna, estenosis benignas y anatomía alterada quirúrgicamente, lo cual se une a la creciente popularidad de nuevas modalidades de drenaje biliar (drenaje biliar guiado por USE, drenaje asistido por enteroCPRE, ablación endoscópica para mantener la permeabilidad luminal del conducto biliar) (Imagen 1).³

En la nueva revisión de los criterios de Tokio 2024 se actualizan los términos: éxito técnico (colocación de una prótesis o catéter en la ubicación prevista del conducto biliar); éxito clínico (reducción o normalización de $>50\%$

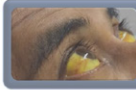
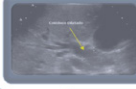
	A: INFLAMACIÓN SISTÉMICA • A1. Fiebre y/o escalofríos ($> 38^{\circ}\text{C}$). • A2. Datos de laboratorio: Evidencia de respuesta inflamatoria: incremento de leucocitos < 4 o $> 10 \times 1000/\text{ul}$, proteína C reactiva ($> 1\text{mg/dl}$) y otros.
	B: COLESTASIS • B1. Ictericia (Bilirrubina total $> 2\text{mg/dl}$). • B2. Datos de laboratorio: pruebas de función hepática anormales (> 1.5 veces FA, GGT, AST, ALT).
	C. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGEN • C1. Dilatación biliar. • C2. Evidencia de la etiología en los estudios de diagnóstico por imágenes (estenosis, cálculos, prótesis, etc.).
Diagnóstico de sospecha: un elemento en A + un elemento en B o C	Diagnóstico definitivo: un elemento en A, un elemento en B y un elemento en C

Tabla 1. Criterios diagnósticos de colangitis aguda de acuerdo con Tokio 2018 (modificado bibliografía 2).

	Criterios de Tokio 2014	Criterios Tokio 2024
Colangitis sin ictericia	No incluido como indicación de drenaje endoscópico biliar.	Se agregó. El éxito clínico se definió específicamente para los casos que reciben drenaje biliar endoscópico en CA.
Éxito técnico	Definido específicamente para colocación endoscópica transpapilar de prótesis biliar.	Se modificó para cubrir las indicaciones de drenaje biliar endoscópico diferentes a la transpapilar.
Éxito clínico	Definido como éxito funcional.	Renombrado como éxito clínico. Se modificó para incluir las indicaciones de drenaje diferentes a la ictericia.
Tiempo que se requiere la colocación de la prótesis	No definido.	Definido como todo el período que se requiere drenaje biliar endoscópico (desde su colocación hasta su extracción por resolución de la obstrucción, muerte o cirugía)
Obstrucción biliar recurrente(OBR) como evento adverso.	OBR no fue considerado evento adverso.	El evento de OBR se considera como un evento adverso.
Punto de corte para eventos adversos tempranos y tardíos	30 días.	14 días para que los eventos adversos tempranos correspondan a los relacionados al procedimiento.

Tabla 2. Principales actualizaciones de los criterios de Tokio 2024 vs 2014 (traducido al español referencia 3).

Variable	Definición
Éxito técnico	Colocación exitosa de al menos una prótesis o catéter en la ubicación prevista del conducto biliar.
Éxito clínico	Reducción o normalización $\geq 50\%$ de la bilirrubina total en los casos con ictericia. Reducción o normalización suficiente de las PFH objetivo en los casos con niveles elevados de otras PFH o resolución de la colangitis (cese de los antibióticos o una reducción o normalización $\geq 50\%$ de los marcadores inflamatorios sanguíneos) en los casos con colangitis. Este punto final se evalúa dentro de los 14 días posteriores al drenaje biliar índice.
Obstrucción biliar recurrente	Oclusión o migración de la prótesis que resulte en una recurrencia de obstrucción biliar u otras condiciones que requieran drenaje biliar o extracción de la prótesis después de haber logrado éxito técnico y clínico.
Resolución de estenosis biliar	No recurrencia de los síntomas asociados con la estenosis después de 30 días de remoción de la prótesis.
Evento adverso	OBR o cualquier evento que requiera tratamiento conservador, medicamentos, intervenciones u hospitalización.

Tabla 3. Nuevas definiciones en guías de Tokio 2024 (referencia 3).

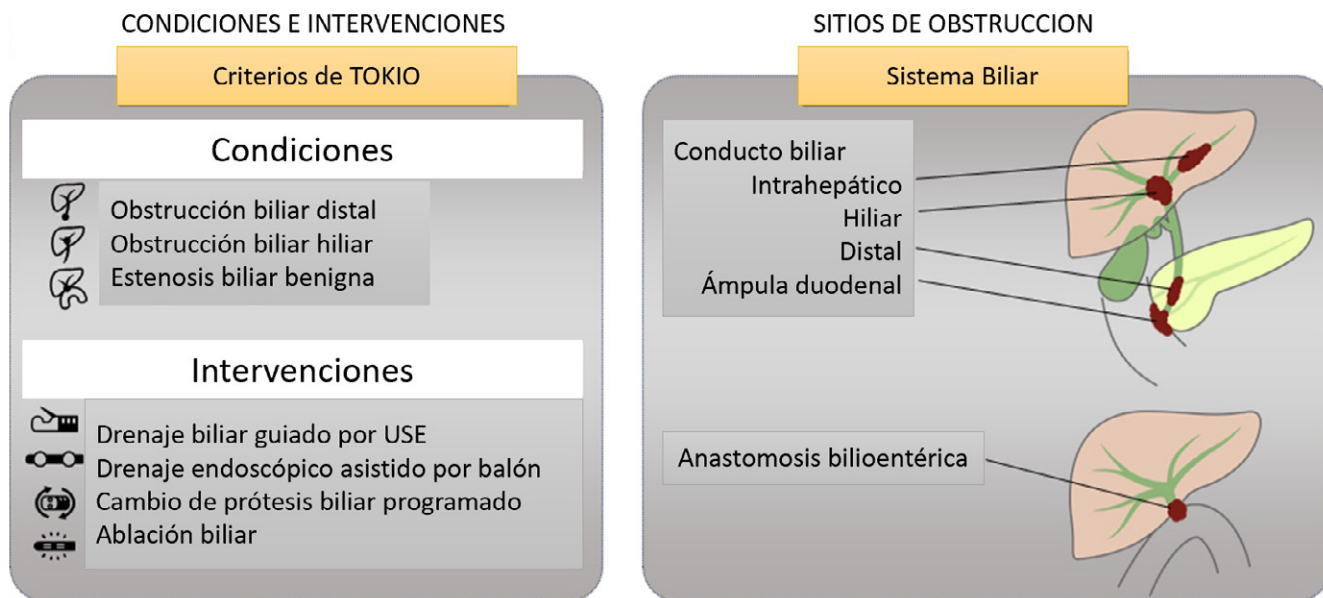


Imagen 1. Categorías de enfermedades e intervenciones a evaluar en nuevos criterios de Tokio 2024 (modificado referencia 3).

de la bilirrubina total en casos de ictericia o reducción o normalización de las pruebas de función hepática); obstrucción biliar recurrente (oclusión o migración de la prótesis que resulte en una recurrencia de obstrucción biliar u otras condiciones que requieran drenaje biliar o extracción de la prótesis después de haber logrado el éxito técnico y clínico); resolución de la estenosis biliar (ausencia de síntomas después de 30 días de haber retirado la prótesis biliar) y evento adverso (se incluye la obstrucción biliar recurrente dentro de los eventos adversos, además de la pancreatitis aguda, colangitis sin oclusión, hemorragia, perforación y fistula biliar peritonitis).

Estos últimos se establecen como tempranos (<14 días) y tardíos (>14 días).³ La actualización de los criterios de Tokio permiten una mejor toma de decisiones que se reflejan en la mejoría de los desenlaces relacionados al drenaje biliar en el contexto de la CA.

Referencias

1. Buxbaum J. *et al.* ASGE guideline on the management of cholangitis. *Gastrointest Endosc* 2021;94:207-21.
2. Kiriya S, Kozaba K, Takada T, *et al.* Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* (2018) 25:17–30 DOI: 10.1002/jhbp.512.
3. Isayama H, *et al.* TOKYO criteria 2024 for the assessment of clinical outcomes of endoscopic biliary drainage. *Digestive Endoscopy* 2024; 36: 1195–1210.

Ectasia Vascular Antral (GAVE): filtro de imagen RDI y aplicación de argón plasma

Dra. Jaqueline Paredes Palestino

Dr. Reynaldo Alvarado Morales

Dr. José Miguel Espinosa González

Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Universitario de Puebla BUAP

Introducción

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una de las causas importantes de hemorragia digestiva, representando el 4% de los sangrados no variceales y alrededor de 62% de los pacientes afectados son dependientes de transfusiones. Este padecimiento fue descrito por primera vez en 1953 por Ryder y en 1984 Jabbari le dio el nombre de estómago en sandía por su patrón endoscópico característico: manchas rojas organizadas en líneas y distribuidas en forma radial partiendo del píloro o distribuidas en forma difusa, conocida como estómago en panal. Típicamente se localiza a nivel del antro gástrico, aunque puede encontrarse en otras áreas del tracto gastrointestinal como duodeno, yeyuno o recto.¹

El diagnóstico suele establecerse por la apariencia endoscópica específica. Para casos inciertos, la biopsia ofrecerá pistas histológicas con capilares mucosos tortuosos dilatados, trombosis focal, proliferación de células en huso y fibrohialinosis.²

Se han descrito tres fenotipos: tipo 1, la forma clásica rayada o “estómago en sandía” que puede ser elevada o plana; tipo 2, distribución difusa antral de angiodisplasias difusas, en ocasiones

referidas como patrón en “panal de abejas”; y tipo ³, variante nodular, también conocida como gastropatía antral nodular.³

Vásquez-Sánchez y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo observacional, donde concluyeron que, en diez años, la terapia más utilizada fue argón plasma en el 77% de los pacientes, seguido de tratamiento expectante, ligadura y ablación por radiofrecuencia. El número promedio de sesiones endoscópicas para argón plasma fue de dos.³

La electrocoagulación con argón plasma se emplea endoscópicamente desde 1993, en la que por medio de un catéter se genera un flujo de gas argón que se ioniza entre un electrodo de alta frecuencia y la superficie del tejido. La profundidad depende del flujo de gas argón, de la potencia administrada y del tiempo de aplicación. La distancia entre el catéter y el tejido debe ser entre 2 y 3 mm, con un ángulo entre 45 y 90°. Al tener un buen margen de seguridad, es considerado como el tratamiento de elección para lesiones vasculares del tracto gastrointestinal, incluyendo a la ectasia vascular antral.⁵

A nivel mundial, Wen-Hung y colaboradores concluyen que la coagulación con argón plasma provee el cese de sangrado entre

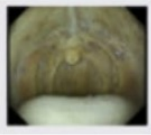
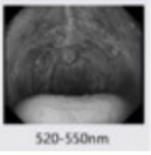
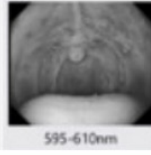
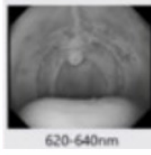
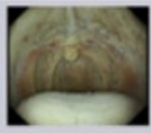
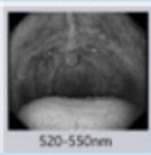
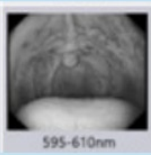
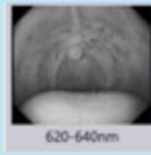
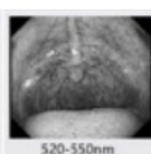
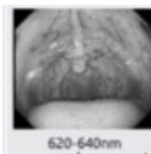
Modo RDI	Imagen color	Imagen monocromática			Características	Impactos clínicos esperados
		Filtro Azul	Filtro Verde	Filtro Rojo		
Modo 1		 520-550nm	 595-610nm	 620-640nm	Realza las zonas sangrantes y el índigo carmín.	Hemostasia rápida y eficaz Identificar la línea de demarcación de la capa muscular en ESD y POEM
Modo 2		 520-550nm	 595-610nm	 620-640nm	Mejora los vasos sanguíneos profundos más que el modo 1	Identificar vasos sanguíneos profundos para la inyección local inicial durante ESD o POEM Predecir la profundidad de las varices esofágicas
Modo 3		 520-550nm	 520-550nm	 620-640nm + enhancement	Mejora los vasos tanto superficiales como profundos	Evalúa la severidad de la colitis ulcerativa Observar el tejido mucoso a través de las heces residuales durante la colonoscopia.

Diagrama 1. Tipos de imagen RDI.



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**.

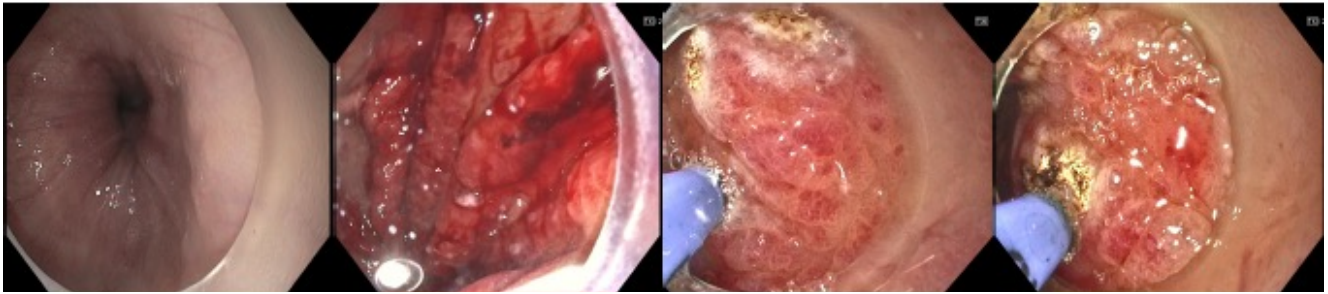


Imagen1. Terapia sin filtro RDI con argón plasma.

el 30% y 100% de los casos, con un promedio de dos a seis sesiones, sin complicaciones.⁶

Olympus desarrolló el filtro de imágenes dicromáticas rojas (RDI) permitiendo observar regiones más profundas de tejido al utilizar luz con longitud de onda más larga y con dispersión de luz débil, opuesto a la imagen de banda estrecha, el cual consta de tres modos según el propósito (Diagrama 1).

El filtro RDI se explica debido a que la hemoglobina (Hb) absorbe fuertemente la luz ámbar de banda estrecha (595-610 nm), pero absorbe mínimamente la luz roja de banda estrecha (620-640 nm). Si existe un vaso sanguíneo profundo, la luz de banda de 595-610 nm es absorbida por la Hb en la sangre y, por lo tanto, la intensidad de la luz reflejada se atenúa dependiendo de la concentración de Hb y el volumen de sangre en el vaso sanguíneo profundo y viceversa.⁷ Las longitudes de onda específicas verde, ámbar y rojo mejoran el contraste entre la sangre concentrada y diluida, facilitando una visualización clara del punto de sangrado.⁸

En la unidad de endoscopia terapéutica del Hospital Universitario de Puebla BUAP, el protocolo terapéutico para GAVE tiene como pilar implementar tecnologías nuevas como el filtro RDI. Nuestros pacientes se someten a endoscopia donde se identifican

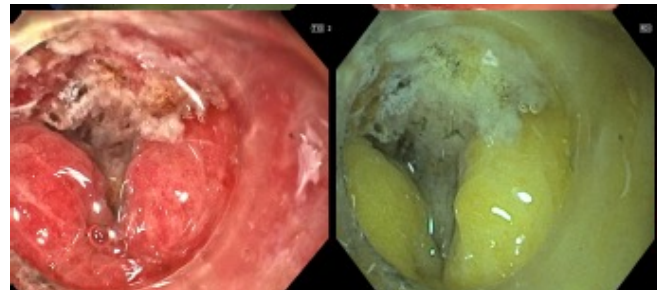


Imagen 2. Terapia dirigida RDI.

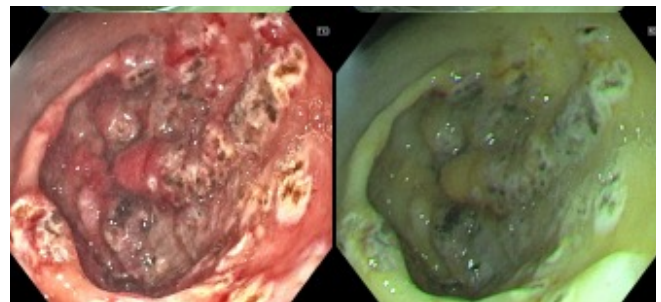


Imagen 3. Coagulación final dirigida.

las lesiones con óptica convencional y posteriormente RDI, identificando así las zonas de mayor congestión vascular para realizar una coagulación con argón plasma (30W/2seg), con una eficacia que se reporta en el rango de 90% a 100%, sin necesidad de transfusiones después de la terapia.⁹

RDI es una herramienta para mejorar la localización del vaso sangrante, que permite distinguir zonas de la mucosa hipertrófica, sangrado profuso disperso, identificando el punto de sangrado en tono naranja y su área periférica en amarillo (Imagen 1, 2 y 3).

Nosotros proponemos la implementación del filtro RDI en estos casos, ya que se ha desarrollado como una tecnología de imagen óptico-digital avanzada única, que contribuye a obtener una hemostasia rápida y eficaz, identificando con precisión los vasos profundos en el tracto gastrointestinal, facilitando la evaluación y la eficacia terapéutica.

Referencias

1. Marizcurena F, Rojas A, et al. *Ectasia vascular antral gástrica (GAVE)*. *La Prensa Medica Argentina*. 2022;108(6):309-313.
2. Wen-Hung Hsu, Yao-Kuang Wang, et al. *Insights into the management of gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach)*. *Ther Adv Gastroenterol* 2018, vol.11:1-9.
3. Smith Elliot, Davis Jessica, Caldwell S. *Gastric Antral Vascular Ectasia Pathogenesis and the Link to the Metabolic Syndrome*. *Current Gastroenterology Reports* (2018)20:36.
4. Vásquez-Sánchez Lucía, Ramírez-Luna Miguel Ángel, Muñoz-Anaya Everardo, Valdovinos-Andraca Francisco. *Ectasia vascular antral gástrica: ¿qué hay sobre la experiencia en México? Experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*. *Endoscopia* 2019; 31(Suppl 2):499-504. <https://doi.org/10.24875/end.m19000158>
5. Sendino Oriol, Pellise Urquiza. *Tratamiento ablativo con argon beam*. *Gastroenterología y Hepatología Continuada* 2007. Vol 6, 129:132.
6. Hsu W-H, Wang Y-K, Hsieh M-S, et al. *Insights into the management of gastric antral vascular ectasia (watermelon stomach)*. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2018;11. doi:10.1177/1756283X17747471
7. Uraoka T, Igarashi M. *Development and clinical usefulness of a unique red dichromatic imaging technology in gastrointestinal endoscopy: A narrative review*. *Therap Adv Gastroenterol*. 2022 Sep 2;15:1756284822118302. doi: 10.1177/1756284822118302.
8. Park JY. *Image-enhanced endoscopy in upper gastrointestinal disease: focusing on texture and color enhancement imaging and red dichromatic imaging*. *Clin Endosc*. 2024 Nov 6. DOI: 10.5946/ce.2024.159
9. Omar Jesus Pineda Oliva, Armando Valencia Romero, Julio Cesar Soto, Marisela Diaz Oyola, Monica Valdivia Balbuena, Gonzalo Chuc Baeza, Victor Cuevas Osorio, Jorge Farell Rivas. *Ectasia vascular gástrica antral: reporte de un caso*. *Endoscopia*. Vol 26, Issue 3, 2014, Pages 104-108.

Curso

LÍDER LIEEG

Endoscopia de la Vía Biliar

Curso Teórico-Formato virtual

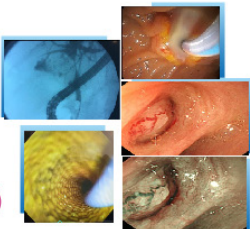
01 al 09 de abril de 2025

CUPO LIMITADO

Otorga puntos para recertificación

Presencial Hands On

11 y 12 de abril de 2025

Agonistas del receptor de péptido glucagón-1 y cápsula endoscópica en pacientes con diabetes

Estudio de cohorte pareado

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Hoy en día se prescriben de manera indiscriminada los agonistas del receptor de péptido 1 similar al glucagón (ARGLP-1) para pérdida de peso y control de diabetes; sin embargo, aún desconocemos todos los efectos adversos de estos medicamentos, sobre todo en el tubo digestivo. La videocápsula endoscópica (VCE) es un método endoscópico para evaluar las patologías del intestino delgado (ID). Existen factores que contribuyen a que el estudio del ID sea incompleto, como edad avanzada, sexo masculino, gastroparesia diabética y enfermedad de Crohn.

Este estudio retrospectivo evaluó el impacto del uso de ARGLP-1 en pacientes con diabetes que fueron sometidos a VCE, los cuales fueron pareados con sujetos controles que no utilizaban agonistas de GLP-1 en relación 1:1 (Imagen 1).

El objetivo primario fue valorar el tiempo de tránsito gástrico en los estudios de VCE, mientras que los objetivos secundarios fueron la evaluación incompleta del ID y la evaluación del tránsito del ID.

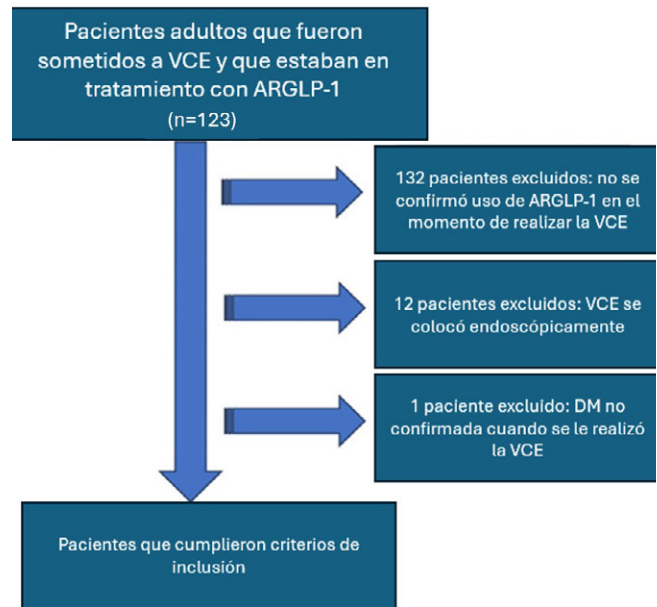


Imagen 1. Selección de pacientes para cohorte con ARGLP-1.

Análisis comparativo: tránsito gástrico y del ID en pacientes con ARGLP-1 vs sujetos control con VCE			
	Pacientes con ARGLP-1	Sujetos control	Valor de P
Tiempo del tránsito gástrico, min	99.3+134.2	25.3+31.6	<.001
Análisis multivariado del tránsito gástrico vs control	74.5	N/A	<.001
Paso de la VCE a través del estómago,%	92.6(63/68)	100(68/68)	.06
Tiempo de tránsito en el ID, min	262.5±100	237.8+85.5	.16
Análisis multivariado del tiempo de tránsito en el ID vs control (regresión del coeficiente)	19.1	N/A	.39
Paso de la VCE a través del ID, %	76.5(52/68)	95.6(65/68)	<.01

Tabla 1. Análisis comparativo: tránsito gástrico y del ID en pacientes con ARGLP-1 vs sujetos control con VCE.

En la cohorte de ARGLP-1 con 68 pacientes, en cinco se re-tuvo la VCE en estómago (7%); todos los sujetos control pasaron la VCE con éxito (P=0.06), el tránsito gástrico en los pacientes con uso ARGLP-1 fue más prolongado (99.3 + 134.2 min) com-parado con los sujetos controles (25.3 + 31.6 minutos, P<0.001). El análisis multivariado reveló que el uso de ARGLP-1 se asoció con un aumento del tiempo de tránsito gástrico en 74.5 minutos (95% IC, 33,8-115,2; P<0.001) en comparación con los sujetos control. 16 pacientes con ARGLP-1 (23.5%) experimentaron el tránsito incompleto de la VCE a través del ID, una tasa significativamente alta en comparación con tres pacientes en el grupo control (4.4 %, P<0.01) (Tabla 1). Ellos concluyeron que el uso de los ARGLP-1 se asocia con un tiempo de tránsito gástrico prolongado y una mayor tasa de tránsito incompleto a través del ID durante el estudio de

VCE. Actualmente la Sociedad Americana de Anestesiología recomienda para poder realizar procedimientos quirúrgicos suspender los ARGLP-1 de dosis diaria un día previo al procedimiento o, aquellos que se aplican de manera semanal, una semana previa. De esta manera, según estas recomendaciones y a los hallazgos de su estudio, ellos recomiendan la suspensión de los ARGLP-1 dos semanas previas a que se realice el estudio de VCE; sin embargo, los estudios futuros pueden ser cruciales para evaluar las estrategias que se deben de llevar a cabo para evitar estudios incompletos.

Referencias

1. Odah T, Vattikonda A, Stark M, Brahmhatt B, Lukens FJ, Badurdeen D, Hashash JG, Farraye FA. *Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and capsule endoscopy in patients with diabetes: a matched cohort study.* Gastrointest Endosc. 2025 Feb;101(2):393-401.

De la residencia a la presidencia

“Puedes dejar que el Fracaso te mortifique, te defina, te consuma y simplemente te destruya o puedes decidir ser un líder y ser valiente... así que ya sabes qué debes hacer”

GEORGE RUSSELL PILOTO DE MERCEDEZ FI, 2025.

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Para esta entrega de GEMA, tuve la oportunidad de entrevistar a nuestra actual Presidente de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), la Dra. Yolanda Zamorano Orozco, con quien pudimos platicar sobre los retos a los que se ha enfrentado, cómo llegó hasta aquí, qué nos diría para ser mejores y qué podemos cambiar. Espero que este breve resumen de su historia te ayude a darte cuenta del orgullo que es ser endoscopista en México.

¿Cómo nace el gusto por ser endoscopista?

Primero nació mi gusto por la gastroenterología. Cuando estaba haciendo medicina interna moría por ser geriatra, pero en un Hospital General de Zona en Jalapa conocí a dos endoscopistas que hacían estudios con una fibra. Te estoy hablando de alrededor de los años 2000. Cuando yo era residente de primer año, les presentábamos a los pacientes y ellos me pedían que, mientras hacían el estudio, yo fuera escribiendo a máquina lo que me dictaban, ya que escribía muy rápido.

Llegó un momento donde les externé que quería estar más involucrada en los estudios, quería ver en persona aquello de lo que escribía, ver las úlceras, las várices esofágicas, el tumor, etcétera. Al escucharme se sorprendieron, no podían creer que quería aprender y, en respuesta a mi curiosidad,

me prestaban la fibra. Conforme mi curiosidad y deseos de aprender iban escalando, me invitaron a su práctica privada donde tenían un videoendoscopio (imagina mi cara de sorpresa cuando vi ese equipo por primera vez), ya de R1 de medicina interna me dejaban sacar el tubo y me involucraba más en todo el proceso. Al enterarse mi tutor de esta situación, me dijo que ya no iba a ser geriatra y que me iba a degenerar en gastroenteróloga (risas). Ya estaba forjado mi destino, ahora había que empezar a andarlo y así me fui por la gastroenterología. Si miro hacia atrás, creo que fue algo que se fue dando de forma espontánea.

¿Cuáles han sido los más grandes retos a los que se ha enfrentado en su camino de crecimiento?

Hice medicina interna en Veracruz y, para estar en el hospital que quería en la Ciudad de México, primero tenía que ser la mejor en el examen de colocación, ya que sólo los mejores promedios podían acceder a esta sede. Y yo, por sugerencia de mis maestros, quería estar con la Dra. Dehesa, quien fuese la maestra de los endoscopistas que me habían impulsado.

Segundo, de las opciones de hospitales estaba el Centro Médico, yo no quería quedarme ahí a hacer endoscopia ya que no tenía reconocimiento universitario y sólo era un año. Yo



Imagen 1. La Dra. Yolanda Zamorano con su equipo de trabajo, del cual está muy orgullosa y agradecida.

quería el Hospital Dr. Manuel Gea González, ya que era de las mejores escuelas y me quedaba a 20 minutos de casa. Sabía que era muy difícil entrar, pero yo quería estar ahí, era todo un reto; fuimos 25 candidatos y me acuerdo muchísimo de que me entrevistó el Dr. De la Mora y una de sus preguntas fue: “si tú estás en la DDW, ¿a qué curso de posgrado asistirías, al de gastroenterología o al de endoscopia?”. Obvio le dije que a ¡endoscopia! (risas). Sólo nos aceptaron a tres.

Otro reto es que era un servicio de hombres, pues éramos seis residentes y yo era la única mujer. Debo agradecer que, desde que inicié mi formación, nunca he sufrido de violencia de género, siempre todo el mundo me ha ayudado... teníamos una competencia sana (expresión de alegría).

Al final, yo quería quedarme ahí de adscrita, pero no se dieron las cosas, además de que fue en esta etapa donde tuve mi primer intento de hacer motilidad.

El Dr. Valdovinos me entrevistó y me quedé en el Instituto Nacional de Nutrición, pero como no había tenido remuneración económica en el Hospital Gea González y me ofrecieron una plaza en el IMSS, tuve que dar las gracias en Nutrición.

Durante mi primer año estuve en la consulta, pero tenía oportunidad de hacer endoscopias en las tardes. También estuve en otros servicios donde las circunstancias y mi tenacidad me permitieron reconstruir servicios de endoscopia e, incluso, empezarlos desde cero, con casi nada, generando la necesidad de impulsar la endoscopia.

Desde su perspectiva, ¿qué es lo mejor que tiene ser endoscopista?

Me encanta y apasiona resolver una complicación, que un paciente chocado pasa a estar estable después de tratar un

sangrado, poder apoyar a otros hospitales satélites, que en la mayoría de las ocasiones lo que hacemos tiene un impacto positivo en el pronóstico de alguien. Poder enseñar a otros.

¿Como se siente dirigir un servicio de endoscopia?

¡Uff! Tuve una líder y antecesora muy fuerte, cada director de orquesta tiene un estilo muy diferente y yo le aprendí mucho a ella, para después dirigir mi propia orquesta.

Hace doce años logramos hacer un programa académico que tuviera reconocimiento de la UNAM y, a partir de ahí, llegó una gran responsabilidad. Tengo que predicar con el ejemplo, identificando mis fallas, fortalezas y debilidades, trabajar en un servicio permite identificar muchas áreas de oportunidad. Fácil no es, divertido la mayoría de las veces, pero por mi personalidad obsesiva a veces me preocupó mucho por no presentar buenos resultados. En este hospital, el servicio de endoscopia siempre ha sido uno de los servicios líderes, somos una célula que forma parte de todo un hospital. Es complejo pero la mayoría de las veces lo disfruto, si no ya no estaría aquí.

Como endoscopistas en México, ¿qué nos hace diferentes, qué nos hace especiales?

La calidez que tenemos al tratar a nuestros pacientes, la humildad para escuchar a otros. Por ejemplo, enfermería (recalca y reconoce el gran valor del equipo de enfermería) cuando nos dicen si el paciente manifiesta algún tipo de dolor o que podemos llegar a perforar el intestino durante un procedimiento, etc. Que cuando nos lo proponemos podemos llegar a hacer todo lo necesario por un paciente aún con las limitaciones que podamos tener, que buscamos la manera de resolver las cosas y que no nos rendimos tan fácilmente. En pocas palabras, ¡el ingenio mexicano! (risas).

¿Cuáles son los tres aspectos que cambiaría de los jóvenes endoscopistas?

El que a esta generación se les facilita todo. Todo lo quieren de manera inmediata, sin esfuerzo y rápido. Muchas veces parece que no escuchan o no valoran la experiencia de otros. Creo que la tecnología nos ha rebasado dejándonos en una zona de confort donde podemos estancarnos. Creo que en la educación debemos forjar el valor de la responsabilidad, hacer entender que para exigir nuestros derechos también debemos cumplir nuestras obligaciones.

Si pudiera darles tres consejos a los endoscopistas jóvenes, ¿cuáles serían?

Que no pierdan la calidad humana, que no todo tiene una remuneración económica y que se sigan actualizando, construyan las estrategias que les permitan aprender nuevas técnicas. En pocas palabras, que sigan creciendo sin dejar de ser buenos humanos.

Si encontrara a una persona joven con las mismas metas y sueños que usted tuvo, ¿qué le diría?

Para lograr tus metas debes tener en claro lo que quieres ser. Si decides ser amarillo, sé amarillo, lucha por ser el mejor amarillo, en el camino te topará con azul o verde (incluso podrán ser atractivos), pero tú mantente firme y para lograrlo hay que ser necio (positivamente), apasionada(o) y constante, hay que trabajar día a día para cumplir tus objetivos. ¡Cree en ti, sí es posible!

¿Qué se siente estar al frente de la AMEG?

Es un compromiso muy fuerte. Estoy feliz porque se dieron las cosas para llegar aquí, fueron muchos años de camino, improvisada no soy, he aprendido muchas cosas de todos, busco que me vean como un líder con valores, como mujer con ideales de género y quiero que mi impacto sea académico, donde se

piensa tanto en el socio como en la o el residente en formación. Y esto sólo lo puedo lograr con el grupo de personas que están a mi lado, a quienes les transmito ese gusto de hacer bien las cosas. La historia se encargará de decir cómo lo hice, pero estoy trabajando en que sea algo positivo, innovador y con mucha academia.

¿Cuál sería su proyección de la endoscopia en México?

Nos falta mucha labor de equipo, a veces somos muy egoístas y soberbios, y creemos que lo podemos todo y no es así. Debemos

de ser más empáticos, aprender a trabajar en equipo, jalar juntos hacia un mismo rumbo sin importar que partimos de diferentes puntos. Debemos creer que lo que hacemos es de calidad internacional y que tenemos la capacidad de aportar mucho al mundo. Si nos unimos, veo a la endoscopia de México como algo más grande de lo que es ahora.

Para cerrar quiero dar gracias a mi familia que, en todos los momentos, ha sido y continúa siendo la que me impulsa a luchar por lo que quiero, a alcanzar mis metas y nunca dejar que me rinda. Ellos son el pilar y el motor que hacen de mí lo que soy ahora.

Caras vemos, caminos andados no sabemos. Me siento honrado de empezar esta aventura con esta historia de vida, donde se refleja el orgullo de ser endoscopista en nuestro país.

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>

CURSO LÍDER LIEEG

Curso Teórico-Formato virtual
07 al 14 de mayo de 2025

CUPO LIMITADO
Otorga puntos para recertificación

Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal

Presencial Hands On
16 y 17 de mayo de 2025

Muestreo de tejido guiado por USE.

Revisión técnica y tecnológica ESGE

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

La primera vez que salió a la luz una guía europea que abordaba las indicaciones y el impacto clínico de la toma de muestra de tejido guiada por ultrasonido endoscópico (USE) fue en el año 2011, posteriormente fue actualizada en 2017 y recientemente fue publicada una revisión en la revista *Endoscopia* de la Sociedad

Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por su siglas en inglés) en el mes de febrero de 2025. Para esta última revisión se enfocaron en cinco rubros: precisión diagnóstica, adecuación y calidad de la muestra, seguridad, rendimiento técnico de la aguja o dispositivo y los costos.

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

+
 +

Conoce y participa con nuestra revista

EN LÍNEA

La primera recomendación que hace la revisión es que el USE en modo B y el USE armónico con contraste tienen la misma eficacia para guiar la adquisición de tejido en pacientes con neoplasias pancreáticas sólidas. Esta es una recomendación condicional con baja calidad de evidencia.

El uso de contraste intravenoso en USE armónico es útil para caracterizar una neoplasia pancreática, permite también dirigir la aguja durante la adquisición de tejido guiada por ultrasonido endoscópico (AT-USE) y así evitar vasos sanguíneos y áreas con necrosis, las cuales se observan avasculares.

El USE armónico con contraste es útil cuando hay neoplasias poco visibles en el modo B; por ejemplo, neoplasias indeterminadas en el contexto de pancreatitis crónica, o bien, lesiones isoecoicas o sospecha de tumor en el contexto de pancreatitis aguda.

Sin embargo, a pesar de las ventajas antes citadas, en la evidencia en la literatura derivada de estudios aleatorizados, el USE armónico con contraste no fue superior al USE en modo B para guiar la adquisición de tejido en pacientes con neoplasias pancreáticas sólidas. En el contexto de las neoplasias quísticas del páncreas, el USE armónico con contraste es útil para evaluar la vascularidad y diferenciar los nódulos murales con realce de los acúmulos de mucina sin realce, con una sensibilidad y especificidad del 88% y del 79%, respectivamente.

Es importante subrayar que, desafortunadamente, el medio de contraste intravenoso que se usa en el USE armónico no está disponible en México. Adicionalmente, la revisión señala que no existe evidencia en la literatura que la adquisición de tejido guiado por elastografía sea superior a la adquisición de tejido mediante USE en modo B convencional.



ENDOSCOPIA

Accede
a la revista



La ESGE recomienda la biopsia con aguja fina (FNB) de corte terminal en lugar de agujas FNB de bisel inverso o la aspiración con aguja fina (FNA) para la toma de muestra de tejido de lesiones pancreáticas sólidas, la FNA aún puede ser útil cuando la evaluación rápida en sala (ROSE) está disponible, esta recomendación es fuerte con alta calidad de evidencia.

Actualmente existen varias opciones de agujas para la AT-USE. Inicialmente se diseñó la aguja fina para aspiración (FNA), en el año 2011 se desarrolló la aguja fina para biopsia (FNB), primero con un diseño de bisel inverso; sin embargo, en estudios aleatorizados y metaanálisis, esta última no mostró superioridad en la precisión diagnóstica comparada a la aguja de FNA.

Recientemente se diseñaron las agujas de corte terminal o de tercera generación que han mostrado una precisión diagnóstica mayor del 90% en neoplasias sólidas del páncreas, incluso sin la necesidad de ROSE y sin aumentar la incidencia de eventos adversos. Hoy existen cuatro tipos de agujas FNB disponibles, cuya diferencia radica en el diseño geométrico de la punta de la aguja, pudiendo ser de tipo Franseen, punta de horquilla, de tres puntas asimétricas y la punta tipo Menghini, que se caracteriza por un borde de corte continuo y cónico.

En un metaanálisis en red Gkolfakis y colaboradores demostraron que las agujas FNB tipo Franseen y de punta de horquilla calibre 22G fueron las mejores en precisión diagnóstica en neoplasias sólidas del páncreas; sin embargo, ambas agujas en calibre 25G no tuvieron mejor precisión diagnóstica comparado a las agujas de bisel inverso de calibre 22G. Por otro lado, las agujas FNA pueden seguir siendo competitivas cuando ROSE estaba disponible, proporcionando resultados similares a la FNB en las neoplasias sólidas del páncreas.

Un tópico de particular importancia es el diagnóstico histológico de pancreatitis autoinmune, en donde la necesidad

de obtener un cilindro de tejido de alta calidad para el diagnóstico final es imprescindible, la tasa de precisión diagnóstica del USE-FNB en estos pacientes fue del 75% con superioridad de la FNB con agujas de corte terminal sobre la FNB con agujas con bisel inverso, 80% y 49% respectivamente.

La ESGE recomienda la USE-FNB o la biopsia asistida por incisión de la mucosa (MIAB) para el muestreo de tejido en lesiones subepiteliales de ≥ 20 mm de diámetro. La MIAB podría ser la primera opción para lesiones más pequeñas (< 20 mm) si se dispone de la experiencia adecuada. Esta recomendación es fuerte con moderada calidad de evidencia.

La MIAB engloba técnicas que incluyen destechar la lesión subepitelial para exponer su superficie o realizar un túnel en la submucosa, permitiendo una toma de biopsia directa de la lesión. La ESGE sugiere el uso de agujas FNB de corte terminal en lugar de agujas FNB de bisel inverso o agujas FNA para el muestreo de tejido de los ganglios linfáticos.

La ESGE recomienda la técnica en abanico de la biopsia guiada por USE porque mejora la precisión diagnóstica en lesiones sólidas del páncreas, permitiendo muestrear múltiples áreas dentro de la misma lesión con un solo pase de la aguja, pero cambiando su dirección dentro de la neoplasia, esto se logra con deflexión de la cremallera mayor, usando el elevador o bien torquendo el endoscopio; el cambio de la dirección de la aguja se logra después de que ésta se ha retirado al límite proximal del tumor.

La ESGE recomienda las técnicas de succión húmeda o de extracción lenta de la guía de la aguja para la USE-FNB de neoplasias pancreáticas porque proporcionan altas tasas de muestras adecuadas e integridad del tejido y reducen la presencia de sangre en las muestras en comparación con la succión seca. Esta recomendación es fuerte con moderada calidad de evidencia.

Varios metaanálisis han demostrado que la técnica de succión húmeda es la mejor técnica en términos de precisión diagnóstica y adecuación de la muestra seguida por la técnica de extracción lenta de la guía y succión seca, siendo la técnica sin succión inferior para este resultado. Por otro lado, la técnica sin succión y la de extracción lenta de la guía de la aguja proporcionaron una contaminación sanguínea muy baja en comparación con las técnicas de succión húmeda y succión seca, la tasa más alta de contaminación sanguínea se observó con la succión seca.

Con respecto al número de movimientos de ida y vuelta realizados dentro de una lesión con la misma punción, la mayoría de los estudios reportan entre 10 y 15; sin embargo, sólo unos pocos estudios de buena calidad metodológica han investigado específicamente este tema y únicamente en lesiones sólidas pancreáticas, reportando datos escasos y heterogéneos que son difíciles de estandarizar.

En cuanto al número de pases a realizar en una biopsia, la ESGE recomienda realizar dos pases con agujas FNB de corte terminal y tres pases con agujas FNB de bisel inverso, se requieren al menos cuatro pases con agujas FNA cuando no se dispone de ROSE. Esta recomendación es fuerte con una calidad de evidencia moderada.

Es importante destacar que existen dos estudios que muestran una ligera ventaja al realizar un tercer pase al usar la aguja de tres puntas asimétrica de 22G y la Fork-tip de 25G. Aunque la mayoría de los estudios han sido en lesiones sólidas del páncreas, se considera que este concepto puede ser aplicable también para ganglios linfáticos y lesiones subepiteliales.

La ESGE sugiere realizar AT-USE antes de la colangiografía endoscópica en pacientes con ictericia y una neoplasia en la cabeza del páncreas, especialmente cuando se utilizan prótesis biliares metálicas, esta recomendación es condicional con baja calidad de la evidencia. La presencia de una prótesis biliar

puede impactar la precisión diagnóstica, ya que esta puede provocar una pobre visualización de la lesión por la sombra acústica, reverberación y/o inflamación periférica a la prótesis, en especial si la prótesis es metálica. Sin embargo, en un metaanálisis por Facciorusso y colaboradores sólo las prótesis metálicas mostraron un impacto en la disminución de la precisión diagnóstica de la AT-USE mientras que las prótesis plásticas no.

La guía cuenta con otras recomendaciones que serán abordadas en el próximo número como el papel que aún puede tener ROSE, así como el advenimiento de la evaluación macroscópica del tejido de la biopsia en sala (MOSE), recomendaciones específicas para las neoplasias quísticas del páncreas, así como técnicas diagnósticas recientes como la endomicroscopía confocal y la biopsia a través de la aguja.

Referencias

1. Facciorusso A, Arvanitakis Marianna, Crino SF *et al.* *Endoscopic ultrasound-guided tissue sampling: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical and Technology Review.* Endoscopy. 2025 Feb 27. doi: 10.1055/a-2524-2596.
2. Dumonceau JM, Deprez PH, Jenssen C *et al.* *Indications, results, and clinical impact of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline- Updated January 2017.* Endoscopy. 2017 Jul;49(7):695-714.
3. Polkowski M, Jenssen C, Kaye P *et al.* *Technical aspects of endoscopic ultrasound (EUS)-guided sampling in gastroenterology: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Guideline – March 2017.* Endoscopy 2017;49:989-1006.
4. Facciorusso A, Del Prete V, Buccino VR *et al.* *Diagnostic yield of Franseen and Fork-tip biopsy needles for endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition: a meta-analysis.* Endosc Int Open. 2019 Oct;7(10):E1221-E1230.
5. Gkolfakis P, Crino SF, Tziatzios G *et al.* *Comparative diagnostic performance of end-cutting fine-needle biopsy needles for EUS tissue sampling of solid pancreatic masses: a network meta-analysis.* Gastrointest Endosc 2022;95:1067-1077.

Esófago necrotizante agudo

Dra. Dulce María Lozada
Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros
Dra. Janet Ledesma Ortiz

Presentamos el caso de un paciente masculino de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Inició 48 horas previas a su ingreso con náusea, vómito en posos de café en múltiples ocasiones, disfagia orofaríngea a sólidos y dolor epigástrico leve. Los estudios de laboratorio de ingreso mostraron hemoglobina 8.5 g/dL, hematocrito 27%, leucocitos 17.390, neutrófilos 92%, creatinina 9, procalcitonina 12, proteína C reactiva de 20.

A pesar del manejo con antieméticos y procinéticos, continuó con intolerancia a la vía oral, motivo por el cual se solicitó valoración por endoscopia. En el estudio, se encontró un esófago de forma y distensibilidad adecuados. A partir de los 20 cm de la arcada dental presentaba áreas de fibrina, esfacelamiento y sangrado al paso del endoscopio (Imagen 1). A los 24 cm de la arcada dental, la totalidad de la mucosa presentaba un color negro con edema moderado que se limitaba por encima de la unión esofagogástrica (Imagen 2).

La necrosis esofágica aguda, también conocida como esófago negro, se define como una lesión isquémica que resulta de un compromiso hemodinámico, hipoperfusión y disminución de las barreras de protección. La incidencia se calcula en alrededor de 0.01-0.028%, con una relación hombre-mujer de 4:1 y edad promedio de 60 años. Los síntomas más comunes son la hematemesis (66%), choque hipovolémico (36%), melena (33%) y dolor abdominal (28%). Las comorbilidades reportadas en la literatura son estados de inmunosupresión y consumo agudo de alcohol.

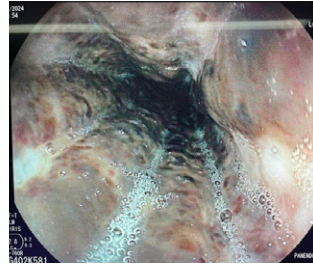


Imagen 1. Esófago medio.

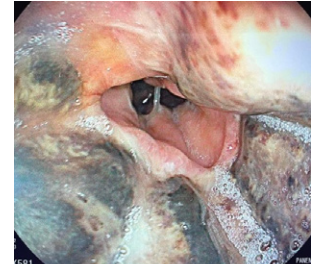


Imagen 2. Esófago distal con unión escamocolumnar.

Recibe este nombre por el aspecto macroscópico en una endoscopia digestiva alta, destacando un color pardo, difuso y circunferencial de la mucosa que predomina en el tercio inferior y respeta la mucosa gástrica. Histológicamente se observa ausencia de epitelio escamoso viable y necrosis de la mucosa. El tratamiento se basa en medidas de soporte como oxígeno, hidratación intravenosa, inhibidores de la bomba de protones, nutrición parenteral y control de la enfermedad de base. La tasa de mortalidad llega a ser hasta del 32% y el riesgo de perforación es del 5%.

Referencias

1. Abdullh HM, Ullah W, Abdallah M, Khan U, Hurairah A, Atiq M. Clinical presentations, management, and outcomes of acute esophageal necrosis: a systemic review. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 May;13(5):507-514. doi: 10.1080/17474124.2019.1601555.
2. Goldenberg SP, Wain SL, Marignani P. Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology*. 1990 Feb;98(2):493-6. doi: 10.1016/0016-5085(90)90844-q. PMID: 2295407.

Ingesta de leche para neutralizar la ingesta de cáusticos. Destapando mitos

Dra. Lucía Escobedo Berumen

Pediatría

La ingesta de cáusticos en un motivo de consulta en urgencias de manera recurrente. El porcentaje de presentación aumentó de manera considerable durante el aislamiento por la pandemia de COVID-19 y durante los periodos vacacionales.

La ingestión de cáusticos en la población pediátrica es una preocupación importante de salud mundial. El alcance y las características de la destrucción de los tejidos van a depender de las propiedades de la sustancia ingerida.

Las bases fuertes o álcalis tienen un pH mayor a 12, son viscosas regularmente, por lo que permanecen en contacto con el esófago por más tiempo. Los ácidos fuertes tienen un pH menor a 3, son de sabor amargo, con rápido aclaramiento, por lo que incrementa el riesgo de lesiones en estómago. Los produc-

tos comerciales para disminuir riesgos en caso de ingestión intentan que sus productos tengan un pH entre 3 y 12.

La leche de vaca tiene un pH que puede llegar a variar dependiendo de la temperatura, proceso de pasteurización y tiempo de refrigeración debido a la producción de bacterias con tendencia a ser más ácido, por lo que no se indica su consumo al existir una ingesta incidental de algún cáustico, ya que puede provocar mayores lesiones, sobre todo si se desconoce el pH del cáustico ingerido.

El primer paso para evaluar el alcance de la lesión en un paciente después de la ingestión de cáusticos es garantizar la estabilidad hemodinámica junto con la vía aérea y una evaluación de la orofaringe.



Perfil del endoscopista del tercer espacio: Curva de aprendizaje para llegar a ser experto

SESIÓN MENSUAL



Profesor Nacional:
Dr. Ariosto H. Hernández Lara



Profesor Internacional:
Dr. Mohamed Othman

08 DE MAYO
20:00 H

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

Los principales síntomas son sialorrea, vómito, lesiones orales y disfagia. En caso de presentarlos se debe realizar endoscopia digestiva en las primeras 24 horas. En pacientes asintomáticos (sólo con sospecha) se debe realizar una evaluación exhaustiva, incluyendo factores de riesgo y exploración física para valorar un estudio endoscópico o monitorización en las primeras 24 horas.

Dependiendo de los hallazgos endoscópicos y la clasificación de lesiones, se valorará el periodo de ayuno con nutrición parenteral, uso de esteroide, protector gástrico y antibiótico-terapia, junto con la integración del servicio de otorrinolaringología y cirugía pediátrica. Es necesario desarrollar medidas de prevención más efectivas para evitar este tipo de accidentes.



Contacto

Grupo Medico Pediátrico
(Prado Sur 290 Virreyes,
Lomas de Chapultepec)
Hospital Ángeles Lomas
(consultorio 830)
Hospital ABC Santa Fe
(Consultorio 6, PB)
Teléfono consultorio:
5511001200
Teléfono personal:
5585976633
Instagram:
@lucygastropediatra

REUNIÓN
REGIONAL
2025
Episodio 2

DEL 19 AL 21
DE JUNIO 2025

@ameg.mexico

@ameg.mexico

@AmegMexico



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

sede
**San Luis
Potosí**

Conociendo Puerto Vallarta, próxima sede de la Reunión Nacional

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Su historia se remonta a 1851, siendo el 12 de diciembre de ese año cuando Guadalupe Sánchez Torres y su esposa Ambrosia Carrillo fundan el poblado de Las Peñas de Santa María de Guadalupe, haciendo quizá alusión a las peñas características de Bahía de Banderas. En 1918, el congreso de Jalisco le cambia el nombre a Puerto Vallarta, en honor a Don Ignacio L. Vallarta, un destacado representante del estado de esa época.

Esta región cobró importancia por la presencia de las minas de oro, plata y sal, así como la extracción de perlas. En su historia también tenemos visitantes piratas que utilizaban la espesa vegetación como escondites al ser perseguidos. A partir de la década de 1920, con la introducción de los sembradíos de plátano, es cuando viene su explosión demográfica.

Desde el punto de vista turístico, la década de 1970, junto con la costa del Pacífico de otras ciudades como Acapulco, empezó a ser una de las actividades y medios de sustentación más importante. A partir de 1980 empezó a ser centro importante dentro de la comunidad LGBT+, pero es hasta los años 2010 que Puerto Vallarta se consolida como una de las ciudades más diversas y amigables de la comunidad a nivel mundial.

La ciudad cuenta con una alta tasa de población extranjera flotante, que baja en los meses de invierno desde Estados Unidos, Canadá e, incluso, Europa, lo que ha permitido que la ciudad cuente con una amplia gama de ofertas gastronómicas, culturales y de entretenimiento que generan una derrama económica muy importante. Se encuentra considerada la segunda ciudad más segura del país y es llamada “La perla del Pacífico”.



Imagen 1. Centro Internacional del Convenciones de Puerto Vallarta. Tomado de <https://info.cicpuertovallarta.com/>.

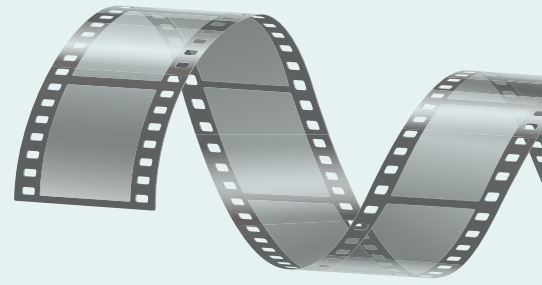
Hay sitios que, si bien no se encuentran dentro de la ciudad, están cercanos y son considerados atractivos turísticos importantes, como Mismaloya, Sayulita, Punta Mita, Islas Marietas, Nuevo Vallarta, Yelapa, etcétera, con actividades ecoturísticas como cuatrimotos, senderismo, snorkel, buceo, avistamiento de ballenas y tirolesas; desarrollos inmobiliarios sumamente importantes como la Marina y Vidanta; sedes de espectáculos como Ritmos de Noche, el Barco Pirata; se planean residencias de Cirque du Soleil y sin olvidar todo el entretenimiento que se ofrece en la amplia gama de hoteles de la zona, de todas las categorías.

El Centro de Convenciones de Puerto Vallarta, recién renovado para cumplir sus primeros quince años de vida, tiene una capacidad suficiente para ser sede de nuestra Reunión Nacional y estamos seguros que la ciudad cumplirá los objetivos fuera de la enseñanza que son necesarias para nuestro crecimiento académico.

The logo for the International Endoscopic Society (E.C.O.S.) is displayed. It features the acronym "E.C.O.S." in large, stylized letters, with the "O" replaced by a circular graphic containing three smaller circles. Below this, the full name "ENDOSCÓPICOS INTERNACIONALES" is written in a smaller, sans-serif font, with the "O" in "ENDOSCÓPICOS" also replaced by a circular graphic. The background is a gradient of purple and blue.

JULIO 17 AL 19 2025

HOSPITAL
ESPAÑOL
DE MÉXICO



Los dos hemisferios de Lucca

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Disponible en Netflix, *Los dos hemisferios de Lucca* es una película que está levantando mucha controversia. Primero, su trama: por complicaciones durante el parto, Lucca tiene parálisis cerebral infantil (PCI). Bárbara, su madre, vuelca su vida y la del resto de la familia hacia conseguir las mejores terapias para Lucca y procurarle el mejor desarrollo posible. En este camino se entera de un aparato novedoso en India que ha mostrado resultados prometedores a pacientes con PCI.

Bárbara convence a su esposo de conseguir el dinero para irse toda la familia a India y probar esta nueva terapia. En cuestión de un mes, después de pasar por la etapa en que creían que todo era una estafa y sentirse derrotados, Lucca empieza a mostrar alguna mejoría como reflejo de succión y balbuceo.

La familia regresa a México por falta de recursos y Bárbara se propone traer esta terapia a México y hace hasta lo imposible por lograrlo. Finalmente cumple su objetivo y el aparato llega a México, además de que el médico indio abre un centro especializado también en nuestro país.

Las actuaciones no destacan y el mérito cinematográfico tampoco lo hace, pues en la edición, musicalización, diálogos y situaciones realmente no hay una conexión entre el reparto y no llega a haber un momento memorable y creíble a pesar de no faltar situaciones óptimas para esto.

Se trata de una historia basada en el libro del mismo nombre, de una periodista que cuenta su historia real con su hijo y el proceso de vivir esta terapia. Al inicio de la película mencio-

nan que algunos hechos fueron dramatizados y al final dan la actualización del avance de Lucca y que tanto el aparato como el centro del médico indio se encuentran operables en México y tratando pacientes.

La controversia es el tema central, pues ha causado un revuelo en redes sociales en familias que tienen niños con PCI y en busca de lo mismo que Bárbara: esperanza. Ellos están buscando el aparato, la clínica india, los hospitales mencionados en la película e inundando a los especialistas del tema con dudas y búsqueda de información, al grado de que la Sociedad Mexicana de Neurología Pediátrica tuvo que pronunciarse sobre el tema.

Una página con un dominio similar al de la supuesta clínica en México ha puesto una cortina aclarando que no tienen relación con todo esto. Cabe mencionar que, si bien el aparato sí existe, se encuentra en uso experimental para otro tipo de pacientes (como se menciona en la película) y no hay evidencia sustentable para la terapia mencionada en la cinta.

Sin embargo, las reacciones en redes sociales están empezando a tener un tinte hostil hacia la comunidad médica, donde, sin evidencia, los acusan como responsables de la patología de los niños o de esconder la cura, incluyendo a los hospitales y autoridades de salubridad. Incluso convocan a marchas para exigir estos tratamientos que la película da como una realidad palpable, promoviendo la desinformación en una población que sólo busca tener esperanza y lo mejor para sus niños.

LVIII

REUNIÓN NACIONAL DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

sede

Centro Internacional
de Convenciones
Puerto Vallarta, Jal., MX

13 al 17
septiembre
2025

 @ameg.mexico

 @ameg.mexico

 @AmegMexico

