

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

Dispositivos de cierre de defectos gastrointestinales

Hemorragia poscolangiografía endoscópica:
estratificación de riesgo, prevención y manejo

Calidad en la preparación intestinal
al realizar colonoscopia

DDW 2025: una mirada a los trabajos
sobre tamizaje de cáncer de colon



pólipo pediculado en recto que por
luz blanca se observa multilobulado



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. Juan Miguel Abdo Francis

Dra. Madel A. Armenta-Olivas

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dr. Luis Alejandro Castillón-Carbajal

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. Rafael A. Cruz-Nieves

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Rafael Estupiñán-Martínez

Dra. Fabiola Maely González Ortiz

Dr. Salvador Herrera-Gómez

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Ricardo Milán-Aguirre

Dr. Fernando Montoya-Ruiz

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Julio César Pintor Belmontes

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Eduardo J. Ruiz-Ballesteros

Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez

Dr. Sergio Solana Senties

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

GEMA es una publicación mensual de

la Asociación Mexicana de Endoscopia

Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas A.C.

Contacto:

✉ drgerardo.gastro@gmail.com

✉ lucyvasquez@yahoo.com.mx

Fe de erratas

En la edición pasada de GEMA, en el título de Endoscopig (pag. 5) apareció por error la palabra "estereoscopia", en lugar de "enteroscopia".

4 ENDOSCOPIG

PERFILES

5 Conoce a nuestros socios del país

Dra. Fabiola Maely González Ortiz / Dr. Julio César Pintor Belmontes

CARTA DEL EXPRESIDENTE DE LA AMEG

7 El presidente más joven

Dr. Juan Miguel Abdo Francis

ACADEMIA DE LA AMEG

10 Reunión Regional Episodio 2

Dr. Sergio Solana Senties

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

11 Calidad en la preparación intestinal al realizar la colonoscopia

Dra. Mónica Reyes Bastidas

EN VÍA BILIAR

14 Hemorragia poscolangiografía endoscópica: estratificación de riesgo, prevención y manejo

Dr. Jony Cerna Cardona

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

17 Dispositivos de cierre de defectos gastrointestinales

Dr. José Miguel Espinosa González

EN INTESTINO DELGADO

22 Esquemas de preparación intestinal para mejorar la visualización y el rendimiento diagnóstico durante la CE

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

RETOS DE LA ENDOSCOPIA

25 Ser mujer: el secreto para el éxito

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

PÓLIPOS

27 DDW 2025: una mirada a los trabajos sobre tamizaje de cáncer de colon

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

IMAGEN / CASO DEL MES

30 Adenoma serrado tradicional en colonoscopia, un hallazgo poco frecuente

Dr. Fernando Montoya-Ruiz / Dr. Eduardo J. Ruiz-Ballesteros / Dr. Salvador Herrera-Gómez /

Dr. Ricardo Milán-Aguirre / Dra. Madel A. Armenta-Olivas / Dr. Rafael Estupiñán-Martínez /

Dr. Luis Alejandro Castillón-Carbajal / Dr. Rafael A. Cruz-Nieves

MITOS EN LA MEDICINA

32 Envejecimiento activo: combatiendo la sarcopenia con movimiento y fuerza

Dra. Cynthia Y. Fosado Domínguez

35 MEDI-CINE

The Knick

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

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.**



¿Hay predictores asociados a mayor exposición de radiación fluoroscópica durante la CPRE?

- Durante la pasada Digestive Disease Week (DDW) realizada en mayo en San Diego, California, se presentaron varios trabajos destacados y uno que llamó la atención fue el realizado por Sabrie y colaboradores.
- Durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) hay exposición de radiación ionizante tanto al equipo médico como al paciente. Entender los factores asociados al uso prolongado de la fluoroscopia puede mejorar las prácticas de seguridad.
- El objetivo del estudio fue identificar los factores del paciente, del endoscopista y de la institución que pudieran predecir el tiempo prolongado de exposición a la radiación de la fluoroscopia, el cual se definió como > 2 minutos.
- El estudio reunió a 4,808 pacientes y se incluyeron 36 variables. Dentro de las variables asociadas a mayor probabilidad de tiempo de exposición se encontraron: involucro de médicos en entrenamiento (OR 2.5), dilatación de estenosis (OR 2.15), colocación de prótesis biliar (OR 2.1), tres a cinco intentos de canulación biliar (OR 1.87), seis a diez intentos (OR 3.11) y más de diez intentos (OR 6.81).
- Por otro lado, algunas de las variables con menor probabilidad de tiempo de exposición a la fluoroscopia encontradas fueron: que la endoscopista sea mujer (OR 0.51), presencia de capacitación institucional en fluoroscopia (OR 0.62), presencia de técnico radiólogo que controle el fluoroscopio (OR 0.73) y experiencia del endoscopista (OR 0.99), entre otros.

¿Quieres saber más?

- Revisa los *abstracts* de la DDW 2025, donde también hay participación mexicana, en gjejournal.org.
- Te invitamos a la Reunión Regional 2025 Episodio 2, en San Luis Potosí, el 6 y 7 de junio.

 Síguenos: @endosco_pig



Conoce a nuestros socios del país

Dra. Fabiola Maely González Ortiz

Soy médico cirujano por la Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, UNAM; cursé la especialidad en gastroenterología en el Hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE; posteriormente realicé la alta especialidad en enfermedad inflamatoria intestinal en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; así como la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal diagnóstica y terapéutica en el Hospital General Regional No 1, “Carlos MacGregor”, IMSS.

Actualmente desarrollo mi práctica privada como médico especialista en la Clínica México en la ciudad de Piedras Negras, Coahuila, atendiendo consulta médica de gastroenterología, enfermedad inflamatoria intestinal y realizando estudios de panendoscopia, colonoscopia diagnóstica y terapéutica, así como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Piedras Negras es una ciudad fronteriza del estado de Coahuila, vecina con la ciudad de Eagle Pass, Texas, con una población aproximada de 177 mil habitantes. Gracias a su localización e índices de percepción de seguridad, el turismo médico ocupa uno de los primeros lugares en la derrama económica de la región noreste del país, atendiendo principalmente pacientes del sur de Texas.



Contacto

Consultorio: Clínica México, tercer piso, consultorio 24
Teléfono: 8786884324 y 8781172503
Instagram: @gastrohealthpn
Página Web: www.gastrohealthpn.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Dr. Julio César Pintor Belmontes

Soy originario de Morelia, Michoacán. Médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara, realicé la especialidad en cirugía general en el Hospital General “Dr. Agustín O’Horan” de Mérida, Yucatán y, posteriormente, obtuve la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal y ultrasonido endoscópico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”.

He cursado un diplomado en cirugía laparoscópica en el Hospital Ángeles Clínica Londres y me he capacitado en cápsula endoscópica en la Owl Eyes Capsule Endoscopy Academy con aval de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva y la Organización Panamericana de Gastroenterología. También he recibido adiestramiento en endoscopia bariátrica con el grupo GEA Bariatric y en el IRCAD de Estrasburgo.

Soy miembro activo de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG), la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas (AMEG) y la Asociación Mexicana de Endoscopia Bariátrica (AMB), entre otras.



Soy vicepresidente de la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Michoacán para el periodo 2025-2027 y coautor de los capítulos de “Endoscopia gastroduodenal” y “Endoscopia diagnóstica y terapéutica en patología pancreática” en el Nuevo Tratado de Cirugía General.

Actualmente ejerzo mi práctica privada en la Unidad de Endoscopia Avanzada y Motilidad Digestiva en la ciudad de Morelia, donde se realizan estudios de endoscopia avanzada alta y baja, disección endoscópica/tercer espacio, endoscopia bariátrica, cápsula endoscópica, enteroscopia de doble balón, CPRE y ultrasonido endoscópico.

Contacto

Unidad de Endoscopia Avanzada y Motilidad Digestiva,
Hospital Innova Médica, Morelia.
Celular personal: 3314178205
Citas y urgencias: 4439242545 / 443314364.
Facebook: J César Pintor
Instagram: jcesarpintor
TikTok: cesarpintor64

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

El expresidente más joven

Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Expresidente AMEG 1995-1996

Realicé mis estudios de posgrado en gastroenterología médico-quirúrgica y la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal y rehabilitación esofágica en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud.

Cuando concluí la residencia en endoscopia gastrointestinal, fungí como Jefe de Residentes de esta especialidad en el Hospital General de México y, en esa época, la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG) llevó a cabo un evento académico. El Dr. Horacio González Loya, quien estaba a punto de presidir este organismo, se acercó a mí y me invitó a participar como secretario general en su Mesa Directiva.

Sin duda, era una invitación que implicaba una gran responsabilidad, por lo que le comenté que aún no contaba con la experiencia necesaria, ya que no me había desempeñado en ningún cargo similar anteriormente. Sin embargo, el Dr. González Loya creyó en mí y le agradeceré infinitamente ese voto de confianza, ya que entonces yo era muy joven y pertenecer a la Mesa Directiva de esta querida asociación me permitió conocer más sobre el acontecer médico y las relaciones entre organismos, así como la industria farmacéutica, lo cual también me ayudó a crecer como especialista e incursionar en el ámbito de la política médica.



Al siguiente año tuve la oportunidad de desempeñarme como protesorero de la AMEG y, al concluir el cargo dos años después, fui tesorero nacional. Habían transcurrido sólo cuatro años desde mi llegada a la Asociación y decidí presentar mi candidatura para la vicepresidencia. Los otros dos candidatos a este cargo eran especialistas que representaban a instituciones muy sólidas; sin embargo, retiraron sus candidaturas declinando a mi favor y, pese a que en la historia de la Asociación ningún médico joven la había presidido, logré ser designado presidente a cinco años de haber egresado de la especialidad y con el registro del presidente más joven.

Las actividades iniciaron en septiembre de 1995 en la ciudad de Guanajuato. Durante mi gestión, tuve la fortuna de conjuntar a un grupo de jóvenes endoscopistas mexicanos para ser parte de mi Mesa Directiva, muchos de ellos presidentes en gestiones posteriores, como la Dra. Angélica Hernández Guerrero, el Dr. Pedro Brito Lugo, el Dr. Juan Manuel Blancas Valencia y el Dr. Carlos Arróniz, entre otros.

En este periodo, la Asociación cumplió 25 años de vida, por lo que nos esforzamos para realizar eventos y actividades académicas de alta calidad, como la actualización del directorio, la edición del primer Atlas de Endoscopia

Gastrointestinal Diagnóstica y Terapéutica, el inicio de las Reuniones Regionales de la AMEG y el Congreso Nacional, el cual se llevó a cabo en Acapulco, Guerrero, rompiendo récord en asistencia hasta ese momento, ya que nos acompañaron más de 500 especialistas.

Todos los endoscopistas que acudieron al curso precongreso y al Congreso del XXV Aniversario, disfrutaron de una semana de excelencia académica sin costo, eventos que contaron con maestros de alta calidad como Jacques Deviere, Horts Grimm, David Carr-Locke y Glen Lehman, entre otros, así como 83 profesores nacionales de alto nivel académico que representaban a todas las escuelas de endoscopia del país.

Esta gran reunión, de alto nivel científico y de gran amistad, fue posible gracias a todos los fundadores, a los expresidentes y a otros directivos, pero, sobre todo, al esfuerzo continuo y sin descanso de todos y cada uno de los socios que siempre han puesto su grano de arena en la construcción de esta Asociación, de la que podemos sentirnos muy orgullosos.

Los eventos sociales para conmemorar el XXV Aniversario fueron una cena de gala “blanco y negro” en marzo de 1996 — donde nos reunimos una gran cantidad de socios y la mayoría de los expresidentes, reiterándose la amistad y unidad de todos

SESIÓN MENSUAL

**De lesiones premalignas al
cáncer gastrointestinal:
¿Cómo detecto y trato a tiempo?**

PROFESOR NACIONAL



Dr. José Miguel Espinosa González

**PROFESOR
INTERNACIONAL**



Dr. Eduardo G. de Moura

5 de Junio de 2025
20:00 hrs



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

los endoscopistas mexicanos—, junto con la cena de gala de clausura en Acapulco, Guerrero.

Al terminar mi presidencia en el Consejo, la AMEG me consideró como candidato para presidente panamericano de endoscopia, cargo que anteriormente sólo había ocupado un mexicano, el Dr. José Ramírez Degollado, fundador de esta Asociación. Durante mi candidatura recibí el apoyo de Ecuador, quién declinó a mi favor y, nuevamente por unanimidad, logré obtener este cargo.

Sin duda, trabajé muy a gusto con la Mesa Directiva Panamericana, con la cual realicé diversos eventos académicos, así como la publicación de un libro y el Congreso Panamericano de Gastroenterología, que se llevó a cabo en Santiago de Chile, contando con la participación de especialistas de distintos países de América y de Japón.

Ahora como socio emérito, sólo me queda agradecer a mi casa, la AMEG, todo cuanto me ha dado y la gran oportunidad de servir a México y a nuestra especialidad durante 35 años.



CURSO LÍDER LIEEG

Actualidades en Colonoscopia

Curso Teórico-Formato virtual
02 al 10 de junio de 2025
Presencial Hands On
13 y 14 de junio de 2025

CUPO LIMITADO

Otorga puntos para
recertificación



Reunión Regional Episodio 2

Dr. Sergio Solana Sentíes

Agradezco mucho la oportunidad que me da la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG) de dirigirme a ustedes. Como saben, nuestra Presidente actual, la Dra. Yolanda Zamorano Orozco, en su programa anual de actividades 2024-2025 consideró la participación de la Asociación en dos Reuniones Regionales, denominadas Episodio 1 y Episodio 2.

La primera reunión se celebró en la ciudad de Puebla en el mes de marzo, organizada por el Dr. Aurelio López Colombo, el Dr. Gualberto Jesús Mateos Pérez y el Dr. Ángel Mario Zárate Guzmán, en la cual se cubrieron temas diversos de endoscopia alta y baja con diversas patologías.

Para este encuentro se contó con la presencia de profesores internacionales como el Dr. Isaac Raijman de Estados Unidos y el Dr. Sergio Zepeda Gómez de Canadá; profesores virtuales como la Dra. María Teresa Galiano, el Dr. Samy Achem, el Dr. Sergio A. Sánchez-Luna; así como excelentes endoscopistas nacionales que nos permitieron compartir los avances de la endoscopia en estas áreas, complementados con talleres en modelos biológicos ex-vivo (*Hands On*) con técnicas de hemostasia, cierre de perforaciones, prótesis enterales y ultrasonido endoscópico, contando con una asistencia de 150 médicos y personal del área de la salud.

Por su parte, la Reunión Regional Episodio 2 se llevará a cabo en la ciudad de San Luis Potosí los días 6 y 7 de junio del presente año, bajo la coordinación del Dr. Juan Manuel Blancas Valencia, del Dr. Víctor Efrén Gallardo Angulo y de un servidor.

En este evento se abordarán las principales patologías bilio-pancreáticas, con base en la discusión de casos clínicos por expertos en el tema y las diferentes posibilidades de tratamiento endoscópico, incluyendo temas relacionados con estas patologías como aspectos nutricionales y manejo del dolor agudo y crónico en padecimientos pancreáticos, así como la evaluación quirúrgica de lesiones malignas.

Contaremos con la presencia del Dr. Jorge Landaeta, experto internacional y gran amigo de la AMEG-CP desde hace muchos años, procedente de Venezuela, además de participaciones virtuales por el Dr. Jacques Deviere de Bélgica y el Dr. Irving Waxman de Estados Unidos, junto con profesores nacionales provenientes de la Ciudad de México, Querétaro, Aguascalientes y Zacatecas, así como la participación de la mayoría de médicos endoscopistas radicados en el estado de San Luis Potosí que son miembros activos de la Asociación. Y también contaremos con una tarde para la realización de talleres (*Hands On*) en procedimientos relacionados y coordinados por nuestro Vicepresidente 2, el Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís.

Es un gran placer y responsabilidad participar en la organización de este tipo de eventos académicos en provincia y un gran esfuerzo humano y económico por parte de la Asociación para poder realizarlos, por lo que hoy quiero invitarlos cordialmente a esta su casa a compartir con tu Asociación este evento académico de excelente nivel, a compartir experiencias y también convivir como amigos, espíritu fundamental de nuestra Asociación. ¡Te esperamos en San Luis, no te lo pierdas!

Calidad en la preparación intestinal al realizar la colonoscopia

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Hospital Ángeles Culiacán. HGR1 IMSS

Recomendaciones antes de la colonoscopia

Educación del paciente y navegación

¿Deberían utilizarse herramientas de navegación para ayudar a preparar a los pacientes en la colonoscopia?

Se recomienda que los pacientes que se van a someter a una colonoscopia reciban instrucciones verbales y escritas en cuanto a la preparación para el procedimiento endoscópico (recomendación fuerte, evidencia de calidad elevada).

Se sugiere, además, que se les brinde a los pacientes ayuda telefónica o de navegación virtual a través de mensajes electrónicos automáticos para mejorar los índices de preparación intestinal adecuada (*recomendación débil, evidencia de calidad moderada*).

Dieta durante la preparación intestinal

Se recomienda limitar la dieta un día antes de la colonoscopia en pacientes ambulatorios con riesgo bajo de preparación intestinal inadecuada (*recomendación fuerte, evidencia de calidad elevada*).

Se recomienda que las modificaciones de la dieta incluyan comidas bajas en residuo y fibra o completamente líquidas

para los ancianos cuando se utiliza un régimen de preparación intestinal dividido para pacientes ambulatorios con riesgo bajo de preparación intestinal inadecuada (*recomendación fuerte, evidencia de calidad elevada*).

Elección del laxante para preparar el intestino

¿Existe un laxante para preparar el intestino que sea específico y aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) superior a otros?

No se recomienda que algún laxante para preparar el intestino sea superior a otros en pacientes ambulatorios con riesgo bajo de preparación intestinal inadecuada (*recomendación fuerte, evidencia de calidad elevada*).

¿Son los regímenes de preparación intestinal de alto volumen superiores a los de bajo volumen para preparar el intestino?

Se sugieren regímenes de preparación intestinal de dos litros en lugar de regímenes de cuatro litros para pacientes ambulatorios con riesgo bajo de preparación intestinal inadecuada (*recomendación débil, evidencia de calidad moderada*).

¿Debería el régimen de preparación intestinal considerar la historia médica del paciente?

Se recomienda que al seleccionar el régimen de preparación intestinal se considere la historia médica del paciente, fármacos que ingiere y, cuando sea posible, la preparación intestinal adecuada en caso de colonoscopia(s) previa(s) (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

No se recomienda el uso de regímenes hiperosmóticos en pacientes con riesgo de sobrecarga de volumen o alteración de electrolitos (*recomendación fuerte, evidencia de calidad alta*).

Dosis y momento en el que se va a administrar el régimen de preparación intestinal

¿Debería la preparación intestinal dividida ser utilizada para un régimen de preparación con volumen alto y bajo?

Se recomiendan laxantes para preparar el intestino de modo dividido para todos los pacientes independientemente del volumen (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

¿Puede el régimen de preparación intestinal del mismo día ser utilizado en lugar del régimen dividido?

Se recomienda que el régimen del mismo día es una alternativa aceptable en cuanto al régimen dividido para pacientes que se van a realizar una colonoscopia por la tarde (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

Se sugiere que el régimen del mismo día es una alternativa inferior al régimen dividido para pacientes que se van a realizar una colonoscopia por la mañana (*recomendación débil, evidencia de calidad baja*).

¿Existe un momento óptimo para iniciar y completar la preparación intestinal?

Para los pacientes que utilizan un régimen dividido, se recomienda que inicie la ingesta de la segunda parte de la preparación intestinal de cuatro a seis horas antes de la colonoscopia y sea completada dos horas antes del procedimiento (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

¿Existe algo extra que se pueda administrar para mejorar la preparación intestinal?

Se sugiere el uso de simeticona oral para preparar el intestino antes de la colonoscopia (*recomendación moderada, evidencia de calidad moderada*).



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.

Recomendaciones durante la colonoscopia

Cuando los pacientes tienen una adherencia incompleta de preparación intestinal, se sugiere la inserción del colonoscopio hasta la parte sigmoidea para confirmar lo inadecuado de la preparación antes de abortar el procedimiento (*recomendación débil, evidencia de calidad baja*).

Se recomienda que se evalúe la calidad de la preparación intestinal una vez que se termine la colonoscopia (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

Se recomienda utilizar el término “preparación intestinal adecuada” (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).

Se sugiere el uso rutinario de bombas de irrigación durante el procedimiento (*recomendación débil, evidencia de calidad baja*).

En el caso de una preparación intestinal inadecuada, recomendamos que se lleven a cabo las siguientes modificaciones: prestar mayor atención a la comunicación con el paciente, restringir la ingesta de verduras dos a tres días antes de la colonoscopia, dieta líquida un día antes del procedimiento, agregar procinéticos, tratar la constipación, suspender de modo temporal los anticolinérgicos y opiáceos, y usar régimen de preparación de volumen alto (*recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada*).



CURSO LÍDER LIEEG

Endoscopía del Tercer Espacio

Curso Teórico-Formato virtual
23 al 30 de junio de 2025

Presencial Hands On
04 y 05 de julio de 2025




**CUPO
LIMITADO**

Otorga puntos para recertificación

Hemorragia poscolangiografía endoscópica: estratificación de riesgo, prevención y manejo

Dr. Jony Cerna Cardona

Hospital Juárez de México

La colangiografía endoscópica (CPE) juega un rol crucial en el manejo de la patología biliopancreática. El rango e incidencia de eventos adversos relacionados a la CPE difieren sustancialmente de otros procedimientos endoscópicos.¹

La hemorragia es un evento serio y es el más frecuente relacionado a este procedimiento, observado posterior a la esfinterotomía biliar y pancreática; causas menos comunes son la lesión esplénica, hepática y vascular, colocación de prótesis biliares, biopsias intraductales entre otras. Tiene una incidencia de 1.34% aproximadamente. Los factores de riesgo pueden dividirse en relacionados al paciente, al procedimiento y al endoscopista (Tabla 1).²

El riesgo de hemorragia posCPE puede disminuirse mediante la optimización preoperatoria y la adopción de técnicas intraoperatorias. La selección adecuada del paciente es crucial para reducir

el riesgo de esta complicación. Se debe considerar la interrupción de agentes antitrombóticos, valorando el riesgo de trombosis. Aquellos pacientes con trombocitopenia y coagulopatía deben recibir transfusiones de hemoderivados para reducir el riesgo.

En cuanto a la técnica endoscópica, los estudios demuestran que la esfinterotomía debe realizarse en la región de las 10-11 en punto de las manecillas del reloj, debido a que en esta dirección sólo se localizan el 10% de todas las arterias papilares (Imagen 1 y 2).¹⁻²

Además, se recomienda utilizar la corriente combinada, a diferencia de la corriente con corte puro, ya que reduce la incidencia de hemorragia, sin incrementar el riesgo de pancreatitis posCPE. Las estrategias de manejo de la hemorragia implican un enfoque gradual de acuerdo con la respuesta o no de la estrategia endoscópica inicial (Tabla 2).

Factor de riesgo relacionado al paciente	Factor de riesgo relacionado al procedimiento	Factor de riesgo relacionado al operador
Cirrosis hepática	Esfinterotomía endoscópica	Baja experiencia del endoscopista (<200 CPE)
Enfermedad renal en estadio terminal en diálisis	Hemorragia intraprocedimiento	
Uso de agentes antiplaquetarios		
Trombocitopenia (<50,000/mm ³)		

Tabla 1. Factores de riesgo para hemorragia posCPE.1

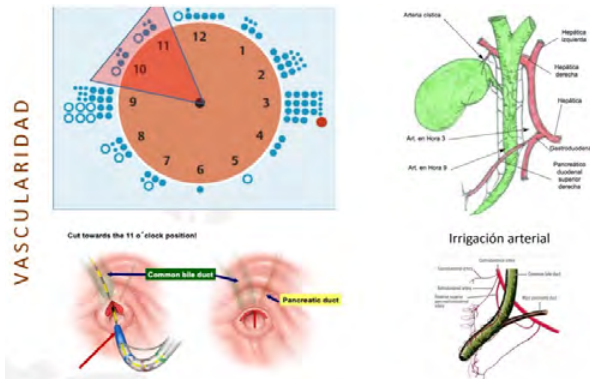


Imagen 1. Vascularidad de la papila mayor.

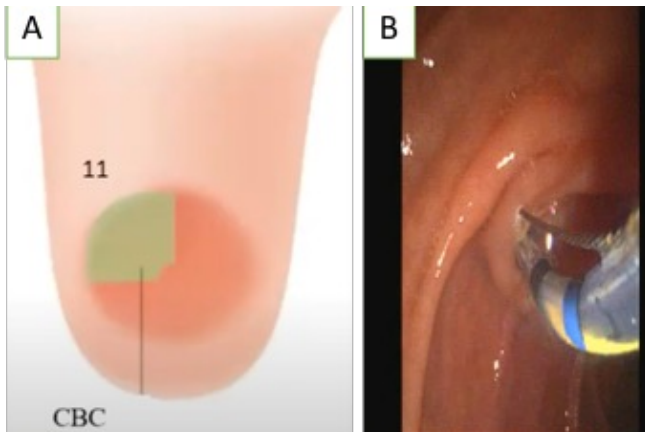


Imagen 2. Esfinterotomía dirigida hacia las 11 horas del reloj.

Se deben considerar las medidas convencionales para hemostasia, como la inyección con adrenalina (1:10,000) y la colocación de *hemoclips* o terapia térmica. Es importante considerar la dificultad para colocar los *hemoclips* con el duodenoscopio por el elevador; se puede considerar la utilización de un endoscopio de visión frontal con un capuchón distal para facilitar la colocación de estos.

Si estas estrategias no tienen éxito, se debe escalar a colo-



Tabla 2. Estrategias de manejo de la hemorragia posCPE (modificado de referencias 1 y 2).

car una prótesis biliar metálica autoexpandible totalmente cubierta, la cual debe retirarse en cuatro a ocho semanas posteriores para disminuir los eventos adversos relacionados a esta. Si las estrategias endoscópicas no son exitosas, se debe considerar el manejo por radiología intervencionista y/o cirugía.¹⁻²

En conclusión, la hemorragia posCPE es un evento frecuente, pero potencialmente prevenible. El contar con una indicación adecuada, conocimiento y estratificación de los riesgos, y tomar las medidas preventivas necesarias, disminuirá la incidencia de esta complicación. El conocer las estrategias de manejo impactará en la morbilidad relacionada.

Referencias

1. Chun C, Jun S, Jen C. *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related complications: risk stratification, prevention, and management*. Clin Endosc 2023;56:433-445.
2. Dumonceau J, et al. *ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. Endoscopy 2020;52:127-149.

LIII

REUNIÓN NACIONAL DE
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

CONVOCATORIA

PARA REGISTRO DE TRABAJOS
DE INGRESO, LIBRE ORAL, VIDEO Y CARTEL



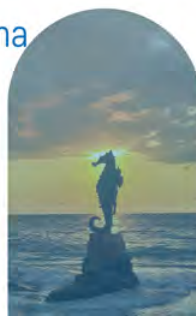
A partir del
01 al 30 de
junio de 2025

Ingresa tu trabajo a la plataforma
que se encontrará en:

www.amegendoscopia.org.mx



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



Dispositivos de cierre de defectos gastrointestinales

Dr. José Miguel Espinosa González

Unidad de Endoscopia Terapéutica,
Hospital Universitario de Puebla (HUP), BUAP

La endoscopia ha evolucionado significativamente desde sus inicios, pasando de ser una herramienta diagnóstica a convertirse en una técnica terapéutica esencial. Este avance ha llevado a un aumento en el intervencionismo, donde se utilizan diversos dispositivos para abordar los retos que presentan los procedimientos de endoscopia terapéutica avanzada.

Conocer los distintos tipos de dispositivos para el cierre de defectos es crucial en las unidades de endoscopia, especialmente para manejar complicaciones que pueden surgir durante la práctica clínica.

Tipos de cierres de defectos

Los cierres de defectos pueden clasificarse en varias categorías, entre las que destacan:

1. TTSC (Through The Scope Clipping): *clips* que se utilizan como primera línea de tratamiento.
2. OTSC (Over The Scope Clipping): diseñados para defectos más grandes y que van generalmente montados en el endoscopio.
3. Sutura: técnica similar al cierre quirúrgico, sin límite en el tamaño del defecto.
4. Prótesis: utilizadas para tratar fístulas y otros defectos complejos.

5. Sistema VAC (Vacuum-Assisted Closure): terapia de vacío para cierre de defectos que generalmente no pueden lograrse con los métodos previos.

Perforaciones gastrointestinales

Las perforaciones, aunque raras, son complicaciones potencialmente graves que pueden ocurrir durante procedimientos endoscópicos. Se estima que la endoscopia diagnóstica presenta un riesgo de complicación del 0.01% al 0.6%.

Sin embargo, este riesgo aumenta en procedimientos terapéuticos, como la resección endoscópica de mucosa (REM), donde la tasa puede llegar del 1% al 3%. En técnicas más intervencionistas, como la disección endoscópica de la submucosa (DES), el riesgo puede incrementarse del 2% al 20%.

Dispositivos y técnicas

1) TTSC (Through The Scope Clipping)

Introducidos en 1975 para hemostasia, los clips endoscópicos (Imagen 1) han evolucionado en diseño y funcionalidad. Su capacidad para entrar en canales de trabajo de endoscopios de 2.8 a 3.2 mm y su apertura que varía entre 8 mm y 22 mm permiten un cierre inmediato de defectos, con tasas de éxito que oscilan entre el 81% y el 100%. Son ideales para lesiones menores de 10



Imagen 1. Clips endoscópicos.

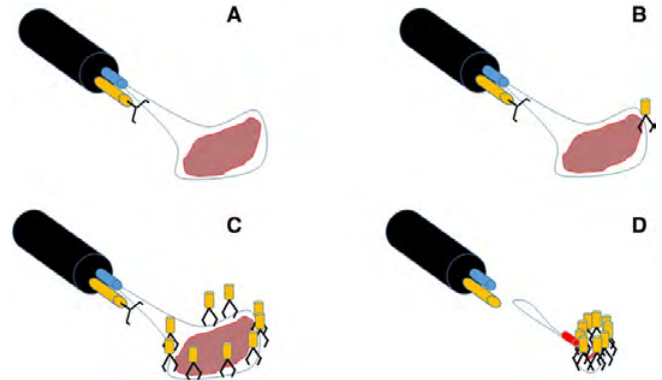


Imagen 2. Técnicas híbridas como los clips + endoloop permiten el cierre de defectos mayores.

mm en el esófago, estómago, colon y duodeno. Además, los *clips* híbridos, que combinan *clips* con otros métodos, están ganando popularidad (Imagen2).

Ejemplo clínico uno en HUP BUAP: un caso de perforación incidental durante CPRE, cierre de defecto con éxito utilizando *clips*, dejando al paciente en ayuno 72 horas y con antibióticos, sin complicaciones posteriores (Imagen 3).

Ejemplo clínico dos en HUP BUAP: perforación de la capa muscular durante la disección endoscópica de una lesión de 25 x 30 mm, por debajo del ángulo hepático en colon ascendente, la cual por localización es un reto en la disección.

El cierre de defecto se logró de forma hermética con tres *clips* tipo Mantis para afrontar mucosa y posteriormente se completó el cierre hermético con *clips* convencionales. Evolución favorable



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**.

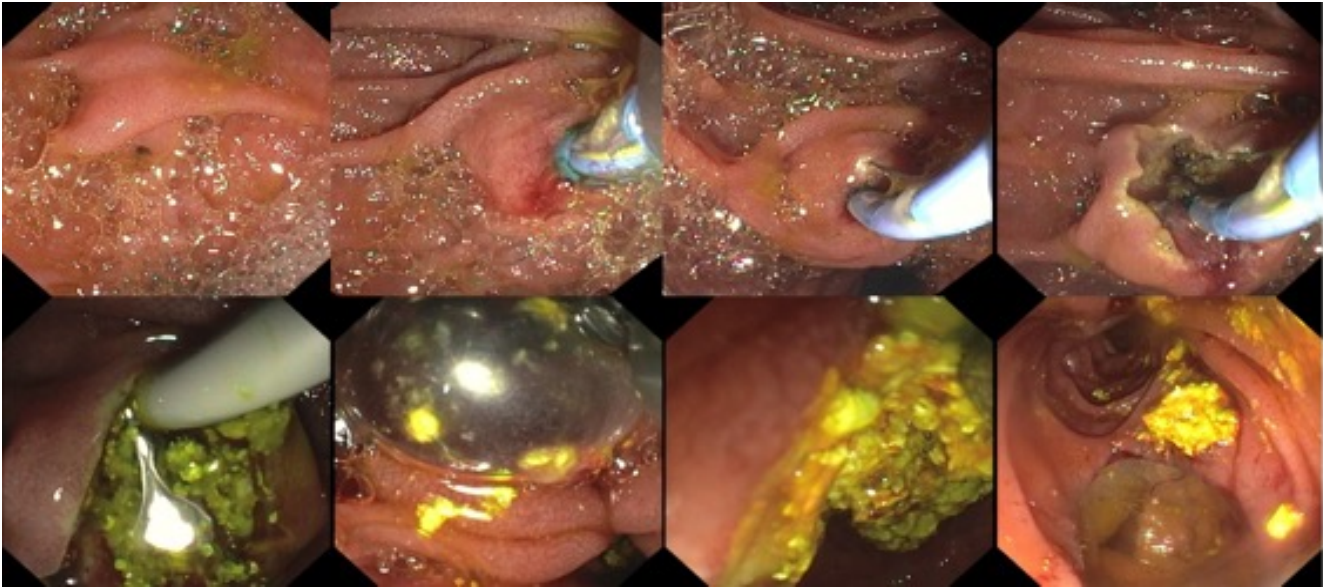


Imagen 3A. CPRE con perforación iatrógena advertida.



Imagen 3B. Perforación duodenal.

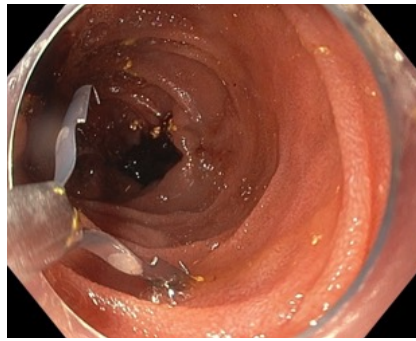


Imagen 3C. Clip through the scope.

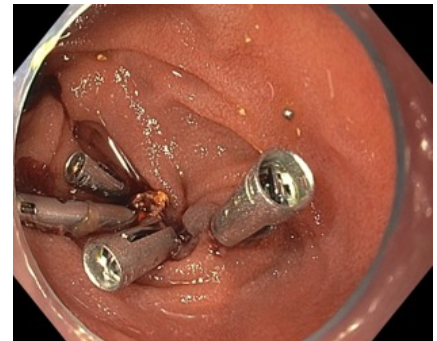


Imagen 3D. Cierre hermético del defecto.

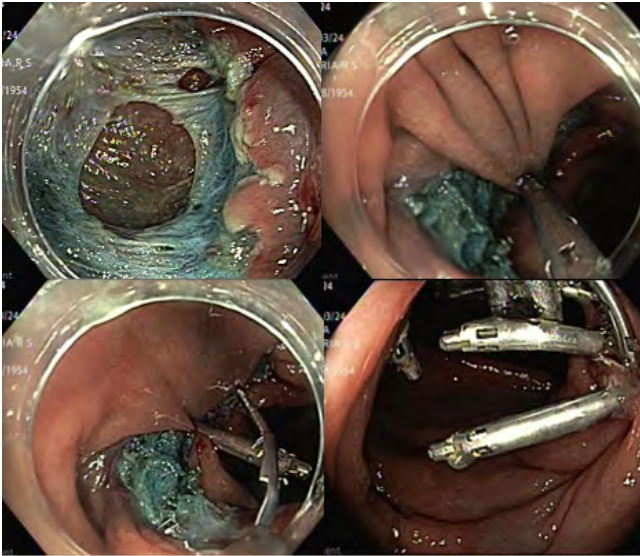


Imagen 4. Desde el gran defecto posterior a la disección y el acercamiento de la mucosa con *clips* Mantis Boston, hasta el cierre totalmente hermético.

sin complicaciones, resección R0 en reporte histopatológico y revisión endoscópica a los seis meses sin alteraciones (Imagen 4 y 5).

2) Over The Scope Clipping (OTSC)

Los dispositivos OTSC son eficaces para defectos de mayor tamaño, hasta 30 mm. Aunque son útiles, pueden requerir dilatación previa y su uso en retroversión puede ser complicado.

El más popular es el OVESCO (Imagen 6) que logra un cierre de espesor completo y otro es el conocido PADLOCK. Son útiles en el cierre de defectos iatrógenos, úlceras pépticas perforadas, fistulas y fugas intestinales.

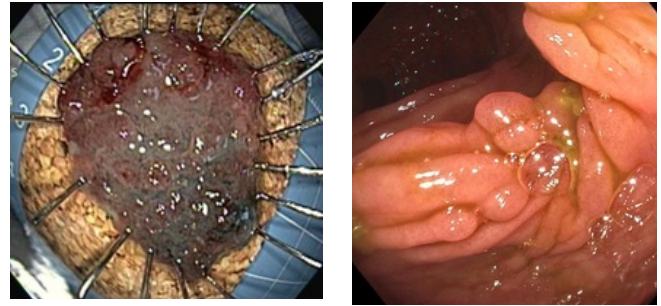


Imagen 5. A) Producto de disección endoscópica, R0 por histopatología. B) Revisión del colon seis meses posteriores a la disección.



Imagen 6. Clip OVESCO.

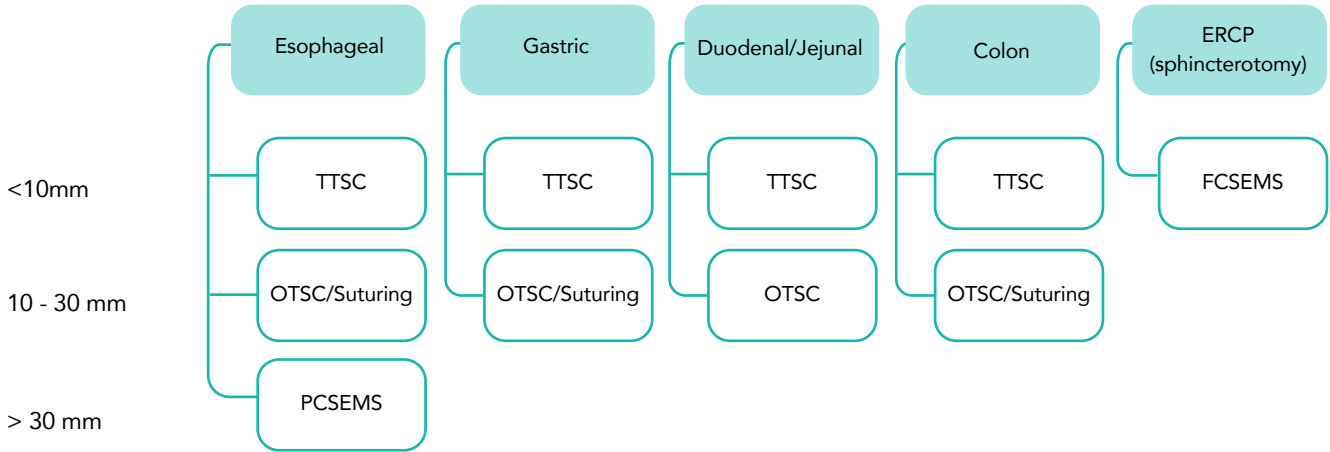


Imagen 7. Algoritmo propuesto en *Gastrointestinal Endoscopy*.

Sutura endoscópica

La sutura endoscópica se asemeja a un cierre quirúrgico, con un éxito del 100% en defectos mucosos. Una tasa de éxito del 64.7% en fugas intestinales y del 94.7% en perforaciones de esófago. Sin embargo, su costo y la necesidad de un endoscopio de doble canal son desventajas para considerar.

Conclusiones y recomendaciones

El progreso en la endoscopia ha permitido el desarrollo de múltiples dispositivos para el cierre de defectos, cada uno con sus ventajas y desventajas. Es imperativo que los endoscopistas en su unidad estén familiarizados con los instrumentos disponibles y el manejo de complicaciones. Comparto el algoritmo propuesto por *Gastrointestinal Endoscopy* en 2022, que nos sugiere cómo deberíamos considerar el cierre de defectos (Imagen 7).

Conocer y dominar estas técnicas no sólo mejora la seguridad del paciente, sino que también optimiza los resultados clínicos en procedimientos endoscópicos avanzados.

Referencias

1. *Endoscopic suturing and clipping devices for defects in the GI tract. Clinical Gastroenterology*. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2024 Jun;70:101915.
2. *Current endoscopic closure techniques for the management of gastrointestinal perforations*. Therapeutic Advances in Gastrointest Endosc. 2022 Feb 27:15.
3. *AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Management of Perforations in Gastrointestinal Tract: Expert Review*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021 Nov;19(11):2252-2261.e2.
4. *Closure methods for large defects after gastrointestinal endoscopic submucosal dissection*. J Gastroenterol Hepatol. 2024 Dec;39(12):2511-2521.

Esquemas de preparación intestinal para mejorar la visualización y el rendimiento diagnóstico durante la CE

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Al realizar el abordaje diagnóstico del intestino delgado (ID) mediante cápsula endoscópica (CE), al igual que en una colonoscopia, es indispensable contar con una limpieza intestinal adecuada que permita visualizar completamente la mucosa y así poder realizar un diagnóstico diferencial entre las diferentes patologías que afectan el ID. A pesar de que las guías de la ESGE¹ recomiendan un protocolo de preparación intestinal con dos litros de polietilenglicol (PEG) y agentes antiespumantes, el tiempo óptimo de administración sigue siendo controversial.

Un artículo recientemente publicado en la revista *Gastrointestinal Endoscopy*² trata sobre un estudio controlado y aleatorizado, prospectivo, de un solo ciego (para los investigadores), realizado en diez centros especializados en Portugal, en pacientes con hemorragia digestiva con sospecha de origen en ID (manifiesta u oculta, con estudios previos de panendoscopia y colonoscopia negativos).

Se comparó la calidad de visualización del ID, el rendimiento diagnóstico y la satisfacción del paciente con cuatro esquemas de preparación intestinal (PI): G1 (1 lt PEG + ácido ascórbico la noche previa a CE), G2 (1 lt PEG en la mañana hasta dos

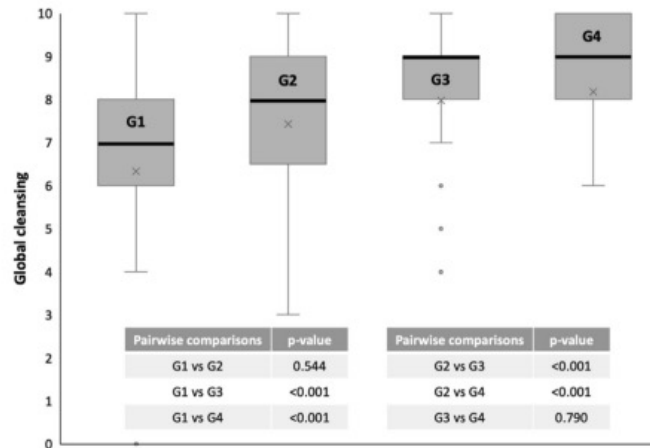


Gráfico 1. Calidad de visualización global del intestino delgado para cuatro esquemas de preparación intestinal.

horas previas a CE), G3 (0.5 lt dos horas antes de CE + 0.5 lt después de que la CE alcanzara duodeno) y G4 (1 lt después de que la CE alcanzara duodeno).

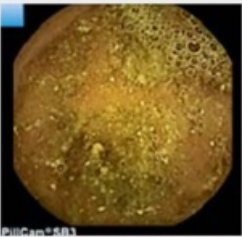
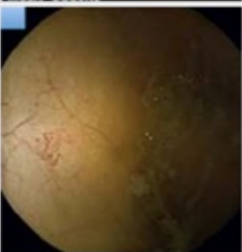
	QI score QE score OAA assessment	0 poor inadequate
	QI score QE score OAA assessment	10 excellent adequate
	QI score QE score OAA assessment	5 poor inadequate

Gráfico 2. Escala de Brotz para evaluar la calidad de limpieza intestinal durante cápsula endoscópica.

Para determinar el rendimiento diagnóstico, las lesiones se clasificaron según Saurin, como de potencial hemorrágico alto (P2) o bajo (P1) y el ID se dividió en tres terciles. La calidad de visualización del ID se evaluó según la Escala de Brotz.³ Se midió también el tiempo de tránsito intestinal (TTI) y la tolerabilidad del paciente a la PI en una escala del 0 al 5, siendo 5 la de mejor tolerabilidad.

Todos los pacientes cumplieron una dieta baja en fibra el día previo a CE, dieta líquida por la tarde y ayuno durante la noche, además de recibir 100 mg de simeticona 20 minutos antes de CE. Se aseguró el paso a duodeno mediante visualización en tiempo real. Si no había paso después de una hora tras la ingestión de la cápsula, se administraron 10 mg de metoclopramida. Se inició dieta líquida cuatro horas después de la ingesta de la CE y se utilizaron tres modelos de cápsula (OMOM, PillCam SB3 y Mirocam). Los videos fueron revisados de forma ciega por un gastroenterólogo entrenado en CE de cada centro (> 150 lecturas de CE) a un máximo de 20 imágenes por segundo.

Se incluyeron 387 pacientes (99 en G1 y 96 en G2, G3 y G4), 59% mujeres, con edad promedio de 73 años, durante un tiempo de estudio de 20 meses. La tasa de examinación completa fue menor en el G1 (90%, $p < 0.001$). El TTI fue menor en los pacientes que recibieron la PI durante el estudio de CE (G3 y G4, media 194 minutos vs G1 y G2, media 303 minutos, $p = 0.001$).

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>





La calidad de visualización de ID fue mejor en pacientes que recibieron la PI después de alcanzar el ID (G4, $p < 0.001$). El rendimiento diagnóstico total fue superior en G3 y G4 (42.7 vs 31.3%, $p = 0.02$) con diferencias significativas en el segundo y tercer tercil. De igual manera, G3 y G4 tuvieron mayor detección de lesiones potencialmente hemorrágicas, en especial angiectasias ($p = 0.04$). La satisfacción del paciente fue significativamente mayor en el G4 (media de 4 puntos). No hubo diferencias en la marca de CE en cuanto a la tasa de examinación completa ($p = 0.577$), tiempo de tránsito gástrico ($p = 0.103$) y del ID ($p = 0.210$).

Sin duda, la visualización adecuada de la mucosa durante la CE es vital para un buen diagnóstico. La falta de una PI adecuada puede requerir una segunda CE o estudios alternativos, lo cual aumentaría los costos. Este estudio proporciona evidencia

estadística para administrar la preparación intestinal junto con la cápsula, asegurando así un rendimiento diagnóstico óptimo con mayor detección de lesiones vasculares en todos los segmentos del ID y mayor satisfacción del paciente.

Referencia

1. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, et al. *Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update 2022*. *Endoscopy* 2023;55:58-95.
2. Estevinho, Maria Manuela et al. *Preparation Regimens to Improve Capsule Endoscopy Visualization and Diagnostic Yield (PrePRICE): a multicenter randomized trial*. *Gastrointest Endosc*, 2025;101(4):856-865.
3. Brotz C, Nandi N, Conn M, et al. *A validation study of 3 grading systems to evaluate small-bowel cleansing for wireless capsule endoscopy: a quantitative index, a qualitative evaluation, and an overall adequacy assessment*. *Gastrointest Endosc* 2009;69:262-70.e1.

ENDOSCOPIA

Envíanos tu manuscrito a:
<https://publisher.endoscopia.permayer.com/login.php>

✓ Artículo Original

1 Dar de alta en la página

✓ Artículo de Revisión

2 Consultar normas de autor

✓ Casos Clínicos

3 Prepara tu manuscrito y adjuntar en la página

4 Enviar manuscrito

Conoce y participa con nuestra revista

EN LÍNEA

Ser mujer: el secreto para el éxito

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Hospital Médica Sur

Para esta entrega de GEMA, tuve la oportunidad de entrevistar a una gran persona, a alguien que se caracteriza por siempre apoyar a otros, por nunca dejar de crecer, por su humildad y por siempre dar lo mejor de sí misma, alguien quien claramente refleja el objetivo de este espacio. Me refiero a la Dra. Xochiquétzal Sánchez. Espero que este breve resumen de quién es o qué es lo que la motiva, te ayude a darte cuenta del orgullo que es ser endoscopista en México.



Dra. Xochiquétzal Sánchez

¿Qué te motiva a ser endoscopista?

Durante mi formación como gastroenteróloga, roté por el servicio de endoscopia del Hospital Carlos Macgregor del IMSS. Al tener excelentes maestros y ver cómo disfrutaban de su trabajo, hicieron que me enamorara de la endoscopia, ya que me di cuenta de que ésta me iba a ayudar como especialista a poder realizar diagnósticos más precisos de mis propios pacientes y con esto poder ofrecer un tratamiento integral de acuerdo con los hallazgos.

Como endoscopista, ¿cuáles son los retos más grandes a los que te has enfrentado?

Poder enseñar lo mucho o poco que sé a las futuras generaciones para que puedan llevar esos conocimientos a la sala de endoscopia y transmitir la pasión que se debe tener para poder hacer las cosas bien.

Mamá, profesionista, maestra... ¿cómo has logrado construir el camino que te ha llevado aquí?

No ha sido fácil. Antes que nada, me considero una mujer afortunada, ya que siempre he ido avanzando hacia adelante a pesar de las adversidades. A mis 45 años, me considero una mujer que por fin ha logrado el equilibrio. Creo que todos cometemos errores y aciertos que te van llevando hacia el éxito profesional y personal, pero esto sólo se logra siendo una persona responsable, entusiasta, trabajadora, amorosa, pero sobre todo, buena persona. Siempre he creído que todo lo bueno o malo que hacemos

se nos regresa de alguna manera.

Si el día de hoy conocieras a una joven residente con los mismos sueños y metas que tú, ¿qué le dirías?

Nunca te des por vencido, no te limites, cree en ti y piensa siempre en grande.

¿Cuáles son los aspectos de los jóvenes endoscopistas que menos te gustan?

Que tienen poca tolerancia a la frustración y, afortunadamente una minoría, poco compromiso con lo que realizan.

¿Cuáles son los aspectos que más te gustan de los jóvenes endoscopistas en la actualidad?

Que son entusiastas, que manejan la tecnología al cien y que muchos tienen la energía y el tiempo para poder realizar muchas actividades tanto académicas como laborales.

Tú que has podido representar a México en foros internacionales, ¿qué podrías decir que nos hace diferentes al resto del mundo? La chispa que tenemos, ese carisma que nos caracteriza.

¿Qué se siente ser endoscopista en México?

Sensación de orgullo, compromiso y, sobre todo, satisfacción de poder hacer equipo con grandes colegas y amigos.

Si estuviera en tus posibilidades, ¿qué cambiarías de la

endoscopia (o formación endoscópica) de nuestro país?

Más rotaciones hacia el extranjero.

Siempre has tenido una participación muy activa en la AMEG.

¿Qué te ha dejado toda esta entrega y labor?

Afortunadamente para mí, de alguna manera he tenido la oportunidad de crecer con ella desde que egresé de endoscopia. Me ha dado la oportunidad de conocer más a fondo cómo funciona nuestra querida asociación, dándome muchas satisfacciones personales, desarrollar ese lado como profesora que tanto amo, estar en contacto con las nuevas generaciones, conocer y convivir más con grandes endoscopistas de México y seguir aprendiendo de ellos, porque nunca dejamos de aprender.



ENDOSCOPIA

Accede a la revista



Hospital General de Tláhuac

¿Te perdiste la Digestive Disease Week (DDW) de este año? ¿Fuiste pero te concentraste en otros temas? ¡He aquí la solución! En esta entrega, les “vengo manejando” algunos trabajos que hablan sobre el tamizaje de cáncer colorrectal, presentados en la más reciente edición de este evento, realizada en San Diego, California. La idea es compartirlos someramente y despertar el interés en conocer lo que están haciendo algunos grupos de trabajo.

Ahora que las guías americanas disminuyeron la edad de inicio de tamizaje de cáncer colorrectal a 45 años, una de las preguntas es si esto modificaría estándares como la tasa de detección de adenomas (ADR), que usualmente es $>35\%$, o bien, la tasa de detección de lesiones serradas (SSLDR) que debería ser $>6\%$.

De esta forma, Vemulappalli y colaboradores realizaron un análisis retrospectivo en pacientes de 45 a 49 años que fueron sometidos a colonoscopia de tamizaje, logrado recolectar 803 pacientes de un centro académico de tercer nivel con múltiples hospitales. Encontraron que la edad promedio fue de 47 años, con leve predominio femenino en un 57.5%, con una homogeneidad étnica entre caucásicos, asiáticos, afroamericanos e hispanos.



Imagen 1. Pólipo Paris 0-I_s, con una lesión adyacente Paris 0-II_b encontrados en colon ascendente durante una colonoscopia de tamizaje.

La totalidad de la muestra obtuvo un ADR de 26.4% y 0.38+/- 0.03 de adenomas por colonoscopia, mientras que la SSLDR fue del 5.4% con 0.06 lesiones serradas sésiles por colonoscopia. Este último parámetro, si lo comparamos entre

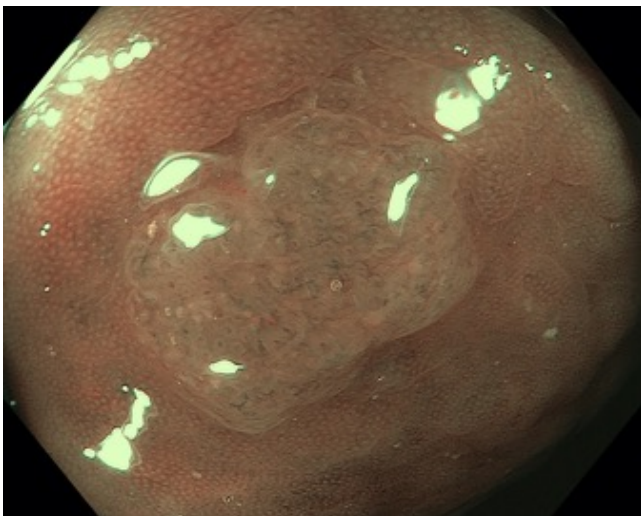


Imagen 2. Lesión serrada sésil de forma irregular, que se muestra más clara que la mucosa circundante, con apariencia nubosa y puntilleo negro dentro de las criptas.

etnias, disminuyó considerablemente en asiáticos (SSLDR del 3.0%) y en afroamericanos (3.0%), si los comparamos con hispanos y caucásicos (SSLDR 7.0%). Por lo tanto, surge la pregunta de si sería necesario modificar las recomendaciones de las tasas para este grupo de pacientes.

En contraparte de este estudio, hay uno del grupo del Dr. Keswani, que estudia una población similar entre 45 y 49 años que fueron sometidos a colonoscopia de tamizaje que, si bien coincidieron en que el ADR fue menor en este grupo, el SSLDR fue mayor que en el grupo de 50-54 años, reportando un 17.8%. Habrá que ver qué resulta en estudios prospectivos para poder dictar un cambio o no.

Ahora que ha tomado fuerza el indicador SSLDR, el cual quedó como prioritario en la última actualización de las guías de 2024, se ha hablado de una variabilidad significativa

tanto en la detección endoscópica como en el diagnóstico patológico.

Gawron y colaboradores presentaron una cohorte nacional, donde reclutaron 1,007,129 colonoscopias en 154 hospitales. Definieron lesiones serradas sésiles aquellas que tuvieran alguna de estas características: lesión serrada sésil, pólipo serrado sésil, adenoma serrado sésil, pólipo hiperplásico con características serradas, pólipo serrado mixto, adenoma serrado o adenoma serrado tradicional; e hiperplásicos (sin patología serrada) como hiperplasia, pólipo hiperplásico o cambios hiperplásicos.

El SSLDR general fue del 5.5%, el cual aumentó significativamente a lo largo de los últimos seis años, de 4.8% en 2019 a 6.5% en 2024. Cabe mencionar que encontraron una variabilidad significativa entre los diferentes centros, con un rango de 0% a 16.1%. Esto refleja la necesidad de abordar la estandarización de la detección de lesiones serradas sésiles, como de la precisión de los informes de patología.

Herramientas como la Inteligencia Artificial (IA) y dispositivos como el Endocuff han mostrado un aumento en el ADR. En esta DDW se presentó un metaanálisis multicéntrico donde colaboran personalidades como Douglas Rex y Alessandro Repici, quienes buscan investigar si la combinación de IA con Endocuff es superior a la IA por sí sola.

Recolectaron tres estudios aleatorizados con 2,404 pacientes, de los cuales 1,198 usaron la técnica combinada y 1,206 sólo la IA. El ADR fue significativamente mayor en el grupo de Endocuff + IA con respecto a la IA sola (54% vs 48%). También se observó una tendencia favorable en la dupla para la tasa de detección de adenomas avanzados (AADR) y la SSLDR, siendo 12.3 vs 10% y 17.6% vs 15.5%, respectivamente. Los autores concluyeron que la combinación

de Endocuff con IA mejora significativamente la detección de lesiones sin aumentar el tiempo de intubación cecal ni el retiro del endoscopio.

Y para finalizar, ¿cómo están las tendencias de participación en los programas de tamizaje? En la década pasada muchos países implementaron programas nacionales o regionales de tamizaje de cáncer colorrectal. Para que sea efectivo se necesita una alta participación.

Rijinders y colaboradores realizaron una encuesta a todos los miembros de la World Organization CRC FIT for Screening Working Group. 36 programas completaron la encuesta, de los cuales 21 fueron excluidos por datos incompletos, por lo que sólo quince fueron analizados.

Todos los programas usan la prueba FIT (Fecal Immunochemical Test) como su primera herramienta de tamizaje. Sólo un programa ofrece la colonoscopia inicialmente como una alternativa al FIT. Los países que aumentaron significativamente su participación fueron Australia, Letonia, Eslovenia, Corea del Sur e Inglaterra, mientras que países como Japón y Taiwán disminuyeron. Esta información es muy importante, ya que podemos ver que a nivel mundial,

aún hay mucho por hacer en cuanto al tamizaje de cáncer de colon. En nuestro país, a pesar de que no hay un programa nacional, cada uno en nosotros debemos trabajar con nuestra comunidad para poder mejorar esta situación.

Referencias

1. Vemulapalli V, Natha C, Desai M, et al. *Adenoma and sessile serrated lesion detection rates among 45- to 49-year-old patients undergoing screening colonoscopy: results from a large tertiary healthcare practice*. GIE. May 2025. Vol. 101, issue 5, supplement, S176-S177.
2. Keswani R, Calderwood AH, Crockett SD et al. *Initiating screening colonoscopy in patients aged 45-49 is effective in clinical practice*. GIE. May 2025. Vol. 101, issue 5, supplement, S185-S186.
3. Gawron A, Dominitz J, McKee G et al. *Significant variability in sessile serrated lesion detection rates in a large national healthcare system: urgent need to standardize endoscopic detection and pathology diagnosis to meet new benchmarks*. GIE. May 2025. Vol. 101, issue 5, supplement, S267-S268.
4. Beran A, Nayfeh T, Ramari D et al. *Endocuff with or without artificial intelligence-assisted colonoscopy for detection of colorectal adenoma: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. GIE. May 2025. Vol. 101, issue 5, supplement, S275-S276.
5. Rijinders E, Van Stigt BJ, Benton S et al. *Trends in participation rates of colorectal cancer screening programs*. GIE. May 2025. Vol. 101, issue 5, supplement, S319-2320.

COORDINADORES:



**Dr. Víctor Efrén
Gallardo Angulo**



**Dr. Sergio Solana
Sentfies**



**Dr. Juan Manuel
Blancas Valencia**

**REUNIÓN
REGIONAL 2025**

EPISODIO 2

San Luis Potosí

06 y 07 de Junio

SEDE:
Hotel Hilton
San Luis Potosí



Adenoma serrado tradicional en colonoscopia, un hallazgo poco frecuente

Dr. Fernando Montoya-Ruiz / Dr. Eduardo J. Ruiz-Ballesteros / Dr. Salvador Herrera-Gómez / Dr. Ricardo Milán-Aguirre / Dra. Madel A. Armenta-Olivas / Dr. Rafael Estupiñán-Martínez / Dr. Luis Alejandro Castellón-Carbajal / Dr. Rafael A. Cruz-Nieves

Hospital Ángeles Puebla. Servicio de Endoscopia HE IMSS, Puebla

Presentamos el caso de un paciente masculino de 35 años, sin antecedentes de importancia, el cual refiere haber presentado rectorragia y hematoquecia intermitente, con cambio en el patrón de evacuaciones con tendencia a la constipación.

Se realizó colonoscopia, encontrando a los 10 cm del margen anal una lesión polipoide semipediculada, de aproximadamente 25 mm, con base del pedículo de 10 mm, con luz blanca de apariencia multilobulada y rojizo, a la aplicación de cromoendoscopia digital en la cabeza con patrón vascular dilatado y patrón de superficie en zonas tubular largo, otras de aspecto en asta y con zonas de patrón irregular. Tallo con patrón de superficie regular de aspecto similar al del resto de la mucosa sin características de invasión a la submucosa. Se procedió a colocar dos *clips through the scope* (TTS) en la base del pedículo como hemostasia mecánica profiláctica y posteriormente se realizó resección en una pieza de la lesión con asa caliente. Se envió a patología con resultado de adenoma serrado tradicional con displasia de alto grado.

Los adenomas serrados tradicionales representan menos del 1% de todos los pólipos colorrectales en la mayoría de las series, y

entre el 1%-7% de las lesiones serradas. La vía serrada describe la progresión de los adenomas serrados y los adenomas serrados tradicionales hacia cáncer de colon y recto. Esta vía está bien identificada como un mecanismo alternativo de carcinogénesis colorrectal, que suma entre el 15% y el 30% de los todos los casos.¹

Este tipo de lesiones se observan rojizas, protuberantes o pediculadas con luz blanca y macroscópicamente, como lesiones similares a piñas o corales. En la cromoendoscopia digital se identifican vasos capilares marrones, expandidos y similares a venas de hoja, que difieren de los vasos macroscópicos observados en los adenomas convencionales, en la amplia área estromal alrededor de las criptas. Se presentan de color marrón, similares a los adenomas convencionales (NICE o JNET tipo 2).

Se optó por seguir las recomendaciones de la ESGE en su actualización de 2024 con respecto a polipectomía y resección endoscópica de la mucosa colorrectal, la cual recomienda que, en el caso de pólipos pediculados con cabeza mayor de 20 mm y tallo mayor de 10 mm, realizar inyección mucosa de adrenalina con dilución 1:10 000 y/o hemostasia mecánica profiláctica seguida de polipectomía con asa caliente.³

En este caso es un paciente masculino, sin factores de riesgo heredofamiliares de importancia y por debajo de la edad recomendada para iniciar tamizaje de cáncer de colon. Se detectó un adenoma serrado tradicional con displasia de alto grado, el cual fue resecado de manera oportuna por colonoscopia. La relevancia

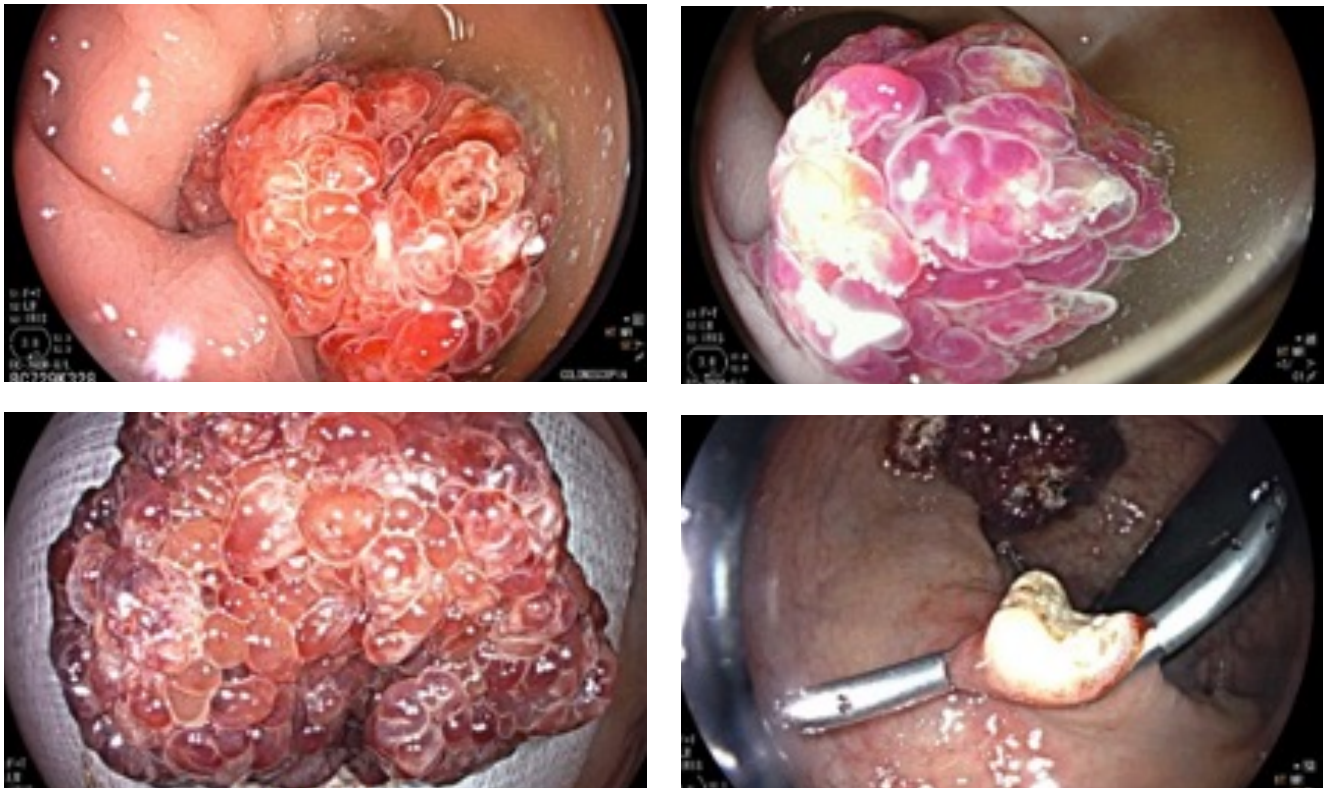


Figura 1. A) pólipo pediculado en recto que por luz blanca se observa multilobulado, de apariencia rojiza y en forma de "coral". B) Misma lesión que a la aplicación de cromoendoscopia digital LCI muestra dilatación del patrón vascular con patrón de superficie en zonas tubular largo, otras de aspecto en asta y con zonas de patrón irregular. C) Pólipo resecado y visualización con luz blanca. D) Márgenes de la lesión resecada sin evidencia de complicaciones y con clips TTS colocados para hemostasia mecánica profiláctica.

de este tipo de lesiones que, aunque son raras de encontrar, es su potencial de transformación maligna.

Referencias

- 1- McCarthy AJ, Serra S, Chetty R. Traditional serrated adenoma: an overview of pathology and emphasis on molecular pathogenesis. *BMJ Open Gastro* 2019;6:e000317.
- 2- Sano W, Hirata D, Teramoto A, Iwatate M, Hattori S, Fujita M, Sano Y. Serrated polyps of the colon and rectum: Remove or not? *World J Gastroenterol* 2020; 26(19): 2276-2285.
- 3- Monika Ferlitsch, Cesare Hassan, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024. *Endoscopy* 2024; 56: 516–545.

Envejecimiento activo: combatiendo la sarcopenia con movimiento y fuerza

Dra. Cynthia Y. Fosado Domínguez

Geriatría

La sarcopenia es una condición progresiva y generalizada del músculo esquelético que se caracteriza por una pérdida de masa, fuerza y funcionalidad muscular, lo que aumenta el riesgo de resultados adversos como caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad.

Este proceso afecta principalmente a los adultos mayores, comenzando alrededor de los 50 años y se acelera con la edad avanzada. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la sarcopenia se encuentran el sedentarismo, una alimentación deficiente en proteínas, inflamación crónica, enfermedades metabólicas y el propio envejecimiento.

En el año 2019, la European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) actualizó sus criterios diagnósticos mediante la publicación de las guías EWGSOP2.

Estas guías redefinen la sarcopenia priorizando la pérdida de fuerza muscular como el criterio principal para su diagnóstico, reconociendo que esta tiene mayor correlación con los efectos negativos funcionales que la sola pérdida de masa muscular.



Según estas guías, el diagnóstico de sarcopenia sigue una secuencia: primero se detecta una baja fuerza muscular (posible sarcopenia), luego se confirma con una baja cantidad o calidad de masa muscular (sarcopenia confirmada) y, finalmente, se considera sarcopenia severa si también hay un bajo rendimiento físico.

Para la evaluación se utilizan herramientas como la dinamometría para medir la fuerza de prensión, la prueba de velocidad de la marcha y técnicas como la bioimpedancia o la absorciometría de rayos X (DXA) para estimar la masa muscular.

La actividad física es fundamental en la prevención y tratamiento de la sarcopenia. El ejercicio de resistencia, en particular el entrenamiento de fuerza, es la intervención más efectiva para mejorar la masa y la fuerza muscular en adultos mayores.

Las recomendaciones incluyen al menos dos sesiones semanales de entrenamiento de fuerza, acompañadas de ejercicios aeróbicos y actividades que mejoren el equilibrio y la coordinación. Estos ejercicios deben ser personalizados y progresivos, adaptándose a las capacidades y condiciones de salud de cada individuo.

Además del ejercicio, una nutrición adecuada es esencial. Se recomienda una ingesta diaria de proteínas de entre 1.0 a 1.2 g/kg de peso corporal en adultos mayores sanos, y aún mayor en personas con sarcopenia. La combinación de ejercicio físico y nutrición óptima potencia los beneficios de ambas intervenciones, ayudando a preservar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

En conclusión, la sarcopenia representa un desafío importante en el envejecimiento saludable. Las guías EWGSOP2 proporcionan un marco clínico claro para su detección y manejo, mientras que la actividad física y la nutrición continúan siendo las piedras angulares para su prevención y tratamiento.

La tarea de los especialistas en geriatría es promover un envejecimiento activo y saludable para reducir la carga funcional y social asociada a esta condición.

Referencias

1. Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Schols, J. M. G. A. (2019). *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis*. Age and Ageing, 48(1), 16–31.
2. Morley, J. E., Anker, S. D., & von Haehling, S. (2014). *Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia: facts, numbers, and epidemiology—update 2014*. Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 5(4), 253–259.
3. Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A. M., Ortolani, E., Saveria, G., ... & Marzetti, E. (2018). *Sarcopenia: an overview on current definitions, diagnosis and treatment*. Current Protein and Peptide Science, 19(7), 633–638.

Contacto

Consultorio: Av. Ejército Nacional Mexicano No. 617, Torre de Consultorios "Rosario Guerrero de Díez", Piso 3, Consultorio 306, Col. Granada, Miguel Hidalgo, Ciudad de México.
Teléfono: (55) 2858-3731

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

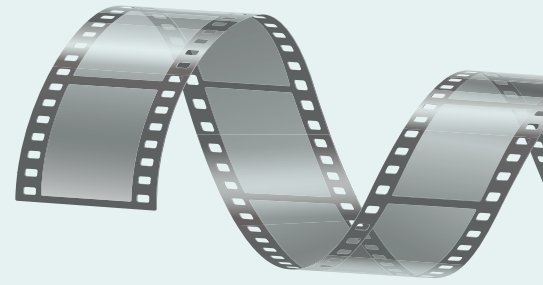
JULIO

HOSPITAL
ESPAÑOL
DE MÉXICO

The Knick

Medicina a principios del siglo XX

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes



Disponible en Max, *The Knick* es una serie de dos temporadas — aunque realmente parece ser sólo una, ya que la historia continúa directamente—, la cual se desarrolla dentro un hospital privado en Nueva York en 1901.

El ambiente está dado por una ciudad en crecimiento, con una alta tasa de inmigración y donde la sociedad no se encuentra en disposición de aceptarla, provocando conflictos. De igual manera, están llegando a Nueva York nuevas tecnologías como la electricidad, la cámara fotográfica, aparatos para grabar la voz, automóviles, gasolina, etcétera.

La historia se centra en el hospital y sus empleados. Como en cualquier drama médico, tenemos personajes con personalidades muy definidas, sus roles en la historia, interacciones entre ellos y en todos los niveles laborales del hospital.

Los personajes principales son los médicos que realizan todas las cirugías: reconstructivas, abdominales, traumatismos, cardíacas, neurológicas, ginecológicas, etcétera. Tenemos al jefe de cirugía, adicto a la cocaína (¿suena familiar el personaje?), con una personalidad muy egocéntrica pero, a fin de cuentas, con mucha curiosidad científica; el cirujano que siempre ha sido segundo y espera ansioso poder subir de categoría, pero con una moral muy cuestionable y escudándose en la teoría de eugenesia.

También está el cirujano joven y lleno de esperanza, sin malicia, presionado por la familia para ser el mejor; y el cirujano nuevo, primer afroamericano en el hospital, que día con día tiene que demostrar su valor más que los otros, pero con una vocación que lo motiva a soportar todo y seguir adelante.

Es interesante ver el retrato de un hospital que se jacta de ser de los mejores de la ciudad en su tiempo y tratar de imaginar cómo se desarrollaba la medicina en sus paredes, específicamente las cirugías. Descubrimientos que empezaban su desarrollo como la adrenalina, las plastias inguinales, la idea novedosa de que las adicciones son enfermedades y no sólo falta de moral.

Todas las historias, mezcladas con el drama, que cada personaje vive en lo privado terminan de darle cierto sabor a la serie. Claro que no pueden faltar las traiciones, corrupción, amoríos, secretos y desenlaces inesperados.

Será interesante que en unos cien años pudiéramos ver una serie de drama médico ambientada en este tiempo y ver nuestros avances. Quizá nuestra cápsula endoscópica o el uso de Inteligencia Artificial en los equipos de endoscopia será visto como nosotros vemos con asombro el uso de sus equipos médicos o técnicas quirúrgicas tan alejados de la realidad... nuestra realidad.

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

