

# gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

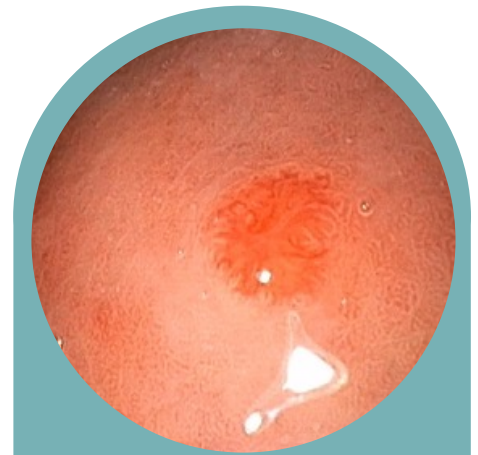
EN INTESTINO DELGADO

## Hemorragia de intestino delgado secundaria a lesiones vasculares: diagnóstico, patogénesis y manejo

Seguridad de las prótesis metálicas autoexpandibles  
en pacientes con EBEM potencialmente resecables

Recomendaciones de la ASGE sobre enfermedad  
por reflujo gastroesofágico

Efectividad de la coledocoduodenostomía  
vs drenaje de la vesícula guiados por USE  
en CRE fallida



Lesión hiperémica encontrada  
en la panendoscopia.



## 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:

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Dra. Gretel Casillas Guzmán

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. César Fermín Cervantes Viloria

Dra. María Fernanda Del Río Huerta

Dr. Francisco Eduardo Durón Sibaja

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dra. Janet Ledesma Ortiz

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Jesús Erwin Perea Leal

Dr. Eduardo Prado Orozco

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Adriana Ramos Rodríguez

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Roberto Romero Romero

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

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

### 3 MENSAJE EDITORIAL

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

### 5 ENDOSCOPIG

#### PERFILES

### 6 Conoce a nuestros socios del país

Dr. Francisco Eduardo Durón Sibaja

#### HOBBIES DE NUESTROS SOCIOS

### 7 ¿Engañando a la medicina con las artes plásticas?

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

#### ACADEMIA

### 8 IV CICE LATAM: Consolidando la excelencia en cirugía endoscópica en América Latina

Dr. José Miguel Espinosa González

#### CALIDAD EN ENDOSCOPIA

### 11 Recomendaciones de la ASGE sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico

Dra. Mónica Reyes Bastidas

#### EN VÍA BILIAR

### 14 Seguridad de las prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes con EBEM potencialmente resecables

Dr. Jony Cerna Cardona / Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

#### ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

### 16 Endoscopia bariátrica como estrategia terapéutica integral en el manejo de la obesidad en la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla (BUAP)

Dr. Jesús Erwin Perea Leal / Dr. José Miguel Espinosa González / Dra. María Fernanda Del Río Huerta

#### EN INTESTINO DELGADO

### 21 Hemorragia de intestino delgado secundaria a lesiones vasculares: diagnóstico, patogénesis y manejo

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

#### ENDOSCOPIA EN GENERAL

### 24 Diagnóstico y tratamiento endoscópico de tumores neuroendócrinos gástricos (carcinoides). A propósito de un caso

Dra. Gretel Casillas Guzmán

#### RETOS DE LA ENDOSCOPIA

### 27 “Para andar un camino, primero hay que construirlo”

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

#### ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

### 31 Efectividad de la coledocoduodenostomía vs drenaje de la vesícula guiados por USE en CRE fallida

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

#### IMAGEN / CASO DEL MES

### 33 Colitis eosinofílica

Dr. Roberto Romero Romero / Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena / Dr. César Fermín Cervantes Viloria / Dra. Janet Ledesma Ortiz / Dr. Eduardo Prado Orozco / Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

#### MITOS EN MEDICINA

### 35 ¿La manera en la que nacemos afecta nuestra microbiota?

Dra. Adriana Ramos Rodríguez

#### TURISMO

### 36 De visita en Puerto Vallarta

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

#### MEDI-CINE

### 38 Déjame estar contigo

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Queridos socios:

**E**n esta ocasión, quiero hacer de su conocimiento con gran entusiasmo que, en nuestro reciente evento de ECOS Endoscópicos Internacionales 2025 rompimos récord de asistencia: ¡932 personas en total! Gracias por haber sido partícipe de esta importantísima actividad académica.

Aprovecho para recordarles de nuestra Sesión Mensual de agosto que se llevará a cabo el jueves 7 a las 20:00 horas con nuestro invitado internacional, el Dr. Shyam Thakkar, profesor de medicina y director de Endoscopia Avanzada Terapéutica en la Universidad de West Virginia, con el tema “Inteligencia Artificial en endoscopia gastrointestinal. ¿En dónde estamos en la actualidad?”, junto con los profesores nacionales, el Dr. Miguel Ángel Tanimoto Licon y el Dr. Sergio A. Sánchez Luna.

Y cada vez estamos más cerca de nuestra Reunión Nacional en el bello Puerto Vallarta. Les tenemos un evento de gran nivel académico en el curso de posgrado casos en vivo de gran relevancia e interés, desayunos y comidas, simposio, conferencias magistrales, módulo de enfermería, módulo de pediatría, encuentro de residentes, talleres *hands on* y en



esta ocasión también contamos con la participación de la Asociación Mexicana de Enfermeras y Técnicos de Endoscopia (AMETED), todo esto con la participación de profesores nacionales e internacionales, quienes con mucho gusto vienen a compartir su expertise con nosotros.

No olvides reservar estas fechas, del 13 al 17 de septiembre, para la LIII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal 2025.

Les envío un saludo cordial y un fuerte abrazo.

**Dra. Yolanda Zamorano Orozco**

Presidente de la AMEG

“Liderazgo, Inclusión e Innovación”

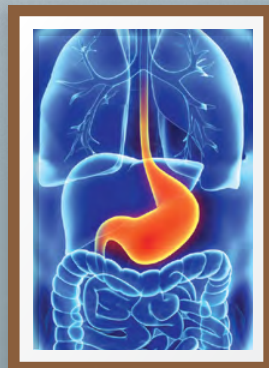
# Ulsen® PCS

**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®**

# Inteligencia Artificial en endoscopia gastrointestinal

- La Inteligencia Artificial (IA) se ha desarrollado más prominentemente en la colonoscopia, donde se identifican y diagnostican lesiones colorrectales. Otras aplicaciones incluyen detección automática de hemorragia, identificación de angiodisplasias en cápsula endoscópica, seguimiento de esófago de Barrett y tamizaje de cáncer gástrico.
- Aunque hay numerosos estudios que muestran la eficacia de la IA en endoscopia, aún falta explorar estudios que busquen conocer la percepción del endoscopista y su interacción con esta tecnología.
- Este mes salió una revisión y metaanálisis australiano en GIE que resume las perspectivas actuales de los endoscopistas sobre la IA. Incluyeron diez estudios con 1,587 endoscopistas de Europa, Norteamérica y Asia.
- La mayoría de los endoscopistas (69%-100%) tienen un conocimiento básico de la IA. Del 75% al 91% creen que la IA incrementa el costo de la endoscopia y pudiera ser una barrera para su implementación. Ocho estudios discuten las implicaciones éticas de la IA.

## ¿Quieres saber más?

- Wan N et al. *Endoscopists knowledge perceptions, and attitudes toward the use of artificial intelligence in endoscopy: a systematic review*. GIE. August 2025. Vol 102, issue 2, p160-169.
- No te pierdas la sesión mensual de este mes "Inteligencia Artificial en endoscopia gastrointestinal. ¿En dónde estamos en la actualidad?" con el Dr. Shyam Thakkar.



Síguenos: @endosco\_pig



# Conoce a nuestros socios del país

## Dr. Francisco Eduardo Durón Sibaja

Orgullosamente oaxaqueño, estuve en diversos lugares capacitándome para regresar y dar lo mejor por la salud de la gente de mi estado. Egresado de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), tuve la oportunidad de realizar mi internado en el Jackson Memorial Hospital de Miami, Florida. Realicé la especialidad de cirugía general en los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), posteriormente la alta especialidad de endoscopia gastrointestinal, el primer año en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y el segundo año en el Hospital Juárez de México, con algunas rotaciones en países como Uruguay, ambos con aval universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General y por el Consejo Mexicano de Gastroenterología, soy miembro activo de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG), de la Aso-



### Contacto

**Centro Ambulatorio Santa Fe,**  
Oaxaca, Oaxaca.  
**Celular personal:** 9512286770.  
**Clínica:** 9515134974  
**Web:** [www.unidaddigestivaoax.com.mx](http://www.unidaddigestivaoax.com.mx)  
**Correo:** [duronf@gmail.com](mailto:duronf@gmail.com)

ciación Mexicana de Gastroenterología (AMG) y de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

Llevo casi catorce años laborando en el HGZ 1 del IMSS y mi práctica privada en la capital de Oaxaca. Siempre proactivo, he sido profesor adjunto de cirugía y gastroenterología en universidades de mi estado, así como director del Hospital Comunitario en Huatulco. Acabo de terminar mi gestión de dos años como presidente del Colegio de Especialistas en Cirugía de Oaxaca (CECOAC), así como vocal de la Región Sur de la AMCG. Actualmente soy secretario de la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Oaxaca (SGEO). Recientemente participé como profesor en los congresos regionales de Acapulco y Veracruz de la AMCG.

Tenemos un enfoque de “unidad digestiva” abarcando patologías digestivas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, incluyendo la endoscopia diagnóstica y terapéutica. También acudimos a poblaciones cercanas de la ciudad donde sean necesarios nuestros servicios.

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

# ¿Engañando a la medicina con las artes plásticas?

**Dra. Lucía Vásquez Sánchez**

Tenía once o doce años cuando me di cuenta que sabía dibujar y, desde entonces, para mí fue un puente entre lo que sentía y pensaba con el mundo exterior. Comencé a tomar clases tanto en la escuela como particulares, y cuando llegó la hora de elegir a qué dedicarme profesionalmente, fue una decisión muy difícil; sin embargo, mi papá me dijo que era más fácil ejercer medicina con licenciatura y seguir pintando sin una cédula, que intentar ejercer medicina sin cédula, pero con licenciatura en artes plásticas.

Durante mis estudios de medicina general fue muy poca mi producción artística, aunque logré ganar un concurso de fotografía. Aumentó ligeramente entre el servicio social y mi preparación para la residencia; incluso gané primer lugar en dibujo, primer lugar en pintura y tercer lugar en fotografía en un concurso de artes plásticas que conmemoró el 70 aniversario del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Al entrar a la residencia, mi actividad artística cambió a ser más esquemática, pues ilustraba mis clases y artículos médicos nacionales e internacionales. Por cuestiones de salud (inicialmente), me vi obligada a pausar mi residencia, pasé por una serie de experiencias y dificultades económicas que, a pesar de buscar trabajo como médico, lo que me sostuvo económicamente fue la pintura. Me vi inmersa cada vez más en el ámbito artístico, pudiendo participar en exposiciones colectivas, inicialmente en galerías pequeñas y posteriormente en proyectos más grandes como Arte Visual México en el corporativo de Antara y el proyecto del 245 Aniversario de la Lotería Nacional Mexicana.



**Imagen 1.** Exposición "México Surrealista", con la obra ¿Qué es el hambre? (lluvia roja), óleo sobre tela, 90x60 cm.



**Imagen 2.** Expositores en el 245 Aniversario de la Lotería Nacional Mexicana.

Posteriormente, al retomar la residencia, mi producción artística bajó nuevamente, al terminar mi alta especialidad en endoscopia gastrointestinal, la búsqueda de mejorar mi práctica profesional lo dejó en un segundo plano; sin embargo, poco a poco vuelve a florecer algo que siempre ha estado ahí conmigo, que me ha sostenido cuando mi mente y mi alma más lo ha necesitado. Es la pasión que, si bien en un principio competía con la medicina, es más bien lo que completa y balancea mi parte médica.

# IV CICE LATAM: Consolidando la excelencia en cirugía endoscópica en América Latina

**Dr. José Miguel Espinosa González**

Con gran éxito se llevó a cabo la cuarta edición del Curso Internacional de Cirugía Endoscópica CICE LATAM, evento que tuvo sus inicios en Santiago de Chile con el firme propósito de difundir las técnicas de disección submucosa endoscópica en la región. En esta ocasión, como parte de su proceso de internacionalización, el curso se celebró en México, teniendo como sede al Hospital Universitario de Puebla (HUP BUAP).

El curso fue diseñado con un enfoque altamente intensivo y especializado, estructurado en tres fases: sesiones teóricas en línea, sesiones presenciales y un bloque práctico tipo *hands-on* dividido en seis estaciones de trabajo. Cada estación fue dirigida por expertos internacionales en endoscopia terapéutica y contó con cuatro alumnos por grupo, garantizando así una enseñanza personalizada. Durante dos días, los participantes trabajaron con modelos biológicos vivos, seguidos de



Alumnos y profesores en el IV CICE LATAM.

una jornada de casos clínicos en vivo, en la que pacientes reales fueron tratados por reconocidos especialistas bajo estrictos estándares de calidad y seguridad.

Este curso fue completamente enfocado en la disección endoscópica, ofreciendo una experiencia educativa de alto nivel, tanto para los participantes como para los pacientes beneficiados.

La convocatoria fue notable, con 78 aspirantes de toda Latinoamérica, de los cuales fueron seleccionados 24 alumnos tras un riguroso proceso de evaluación. La mayoría provenía de México, acompañados por participantes de El Salvador, Colombia, Perú, Ecuador y Argentina, lo que reafirma el creciente interés en estas técnicas en toda la región.



Casos en vivo. Dr. Ricardo Mejía, Dr. Joao Paulo Pontual y Dr Noriya Uedo.



Entrenamiento en Animal Lab (FACMED, BUAP).



Casos en vivo, Dr. Mohamed Othman (Estados Unidos).



Animal Lab (FACMED BUAP).



Casos en vivo, extensión de lesiones, posESD.



Animal Lab (FACMED, BUAP).

# SESIÓN MENSUAL

**Inteligencia Artificial en  
endoscopia gastrointestinal**

**07 agosto 2025 20:00Hrs**

**¿En dónde estamos  
en la actualidad?**

**Profesor Internacional:**  
Dr. Shyam Thakur  
Professor of Medicine  
Director, Advanced Therapeutic Endoscopy, West Virginia University

**Profesores Nacionales:**  
Dr. Sergio A. Sánchez Luna  
Dr. Miguel Ángel Treviño Lozano

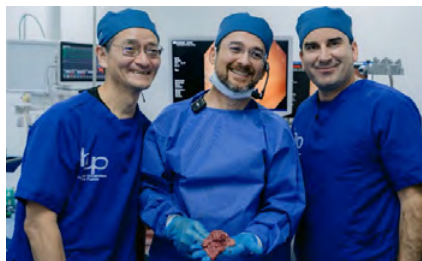
Otorga puntaje para recertificación  
\*Válido únicamente visualizando la transmisión en:  
<https://www.amegendoscopia.org.mx/>



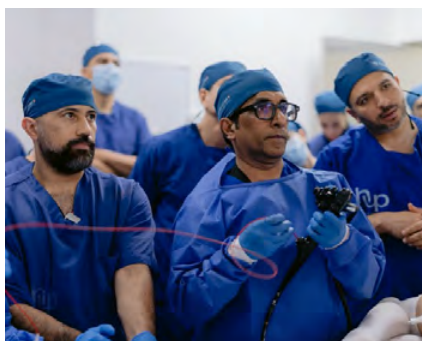
Dissección endoscópica lesión colon derecho.

El evento contó con la destacada dirección de la Dra. Yolanda Zamorano, el Dr. Maximiliano Figueroa, el Dr. Arturo Valle y el Dr. José Miguel Espinosa, así como con la participación de expertos de renombre internacional: el Dr. Noriya Uedo, el Dr. Moham Ramchandani, el Dr. Mohamed Othman, el Dr. João Paulo Pontual, el Dr. Ricardo Mejía y el Dr. Miguel Tanimoto, quienes aportaron su experiencia y excelencia académica durante todo el curso.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la industria que hizo posible este evento: Olympus, Boston Scientific, Microtech, Creo Medical, EndoPP, EndoMedica, ERBE, Medical Scope y Cook Medical, cuyo apoyo fue fundamental tanto para el entrenamiento de los profesionales como para el beneficio directo de los pacientes.



Caos en vivo, Dr. Noriya Uedo (Japón), Dr. Joao P Pontual (Brasil), Dr. Ricardo Mejía (Chile).



Casos en vivo, Dr. Mohan Ramchandani (AIG, India).

Agradecemos también a la Unidad de Endoscopia Terapéutica del HUP BUAP, cuya infraestructura y compromiso permitieron desarrollar exitosamente las actividades prácticas, y a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) por brindar sus instalaciones, incluyendo la Facultad de Medicina, el Bioterio y la Facultad de Medicina Veterinaria, contribuyendo así al avance de la medicina endoscópica en América Latina.



Dissección endoscópica de lesión de recto inferior.



Casos en vivo, Dr. Noriya Uedo (Japón).



Extensión de lesiones posESD.

# Recomendaciones de la ASGE sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico

**Dra. Mónica Reyes Bastidas**

Hospital Ángeles Culiacán. HGR1 IMSS

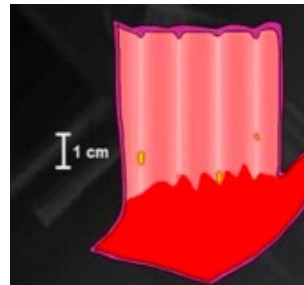
La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la afectación gastrointestinal (GI) más prevalente y se define como la presencia de pirosis y/o reflujo. El reflujo de ácido incontrolado y crónico genera eventos adversos como esofagitis erosiva, estenosis péptica, esófago de Barrett (EB) y adenocarcinoma esofágico. Parecería que todo esto se incrementa en paralelo con la prevalencia de obesidad.

## Recomendaciones

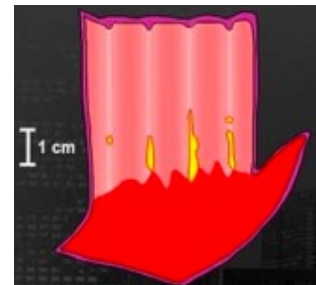
En paciente con ERGE al que se le realiza una endoscopia superior, esta debe reunir las siguientes características para considerarla de calidad elevada:

1. Escribir hallazgos específicos de ERGE cuando estén presentes utilizando la clasificación de Los Ángeles para esofagitis erosiva o la de Praga para EB o estenosis péptica (Imagen 1 y 2).
2. Describir los puntos de referencia de la unión esofagogástrica (UEG) y su integridad o las dimensiones de la hernia hiatal utilizando la clasificación de Hill o de la Sociedad Intestinal Americana, las cuales especifican la localización de los pliegues gástricos, línea Z, impresión del diafragma o la descripción de la funduplicatura existente si es que existe.

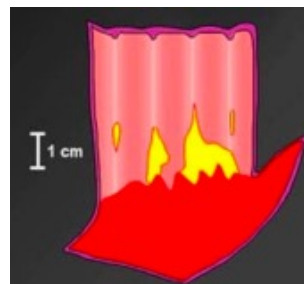
Grado A



Grado B



Grado C



Grado D

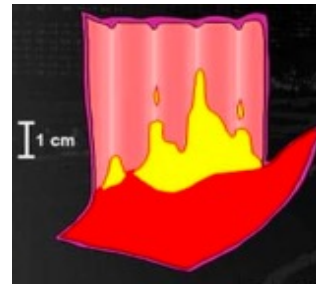


Imagen 1. Clasificación de Los Ángeles para esofagitis por reflujo.

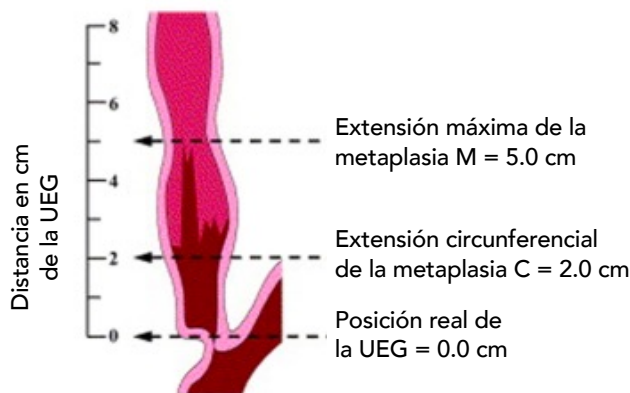


Imagen 2. Clasificación de Praga.

En pacientes con ERGE se recomiendan modificaciones al estilo de vida como perder peso, dejar de fumar, elevar la cabeza de la cama e irse a dormir después de haber comido por lo menos tres horas antes.

En pacientes con síntomas de ERGE y datos de alarma como disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hemorragia GI, vómito persistente o anemia por deficiencia de hierro inexplicable se recomienda llevar a cabo endoscopia superior.

En pacientes con síntomas de ERGE, pero sin datos de alarma, se recomienda realizar endoscopia superior en aquellos con factores de riesgo para EB, incluyendo historia familiar de EB o adenocarcinoma de esófago, ERGE más otro factor de riesgo como edad >50 años, sexo masculino, raza blanca, tabaquismo u obesidad.

Número ECOS 2025

# ENDOSCOPIA

Accede  
a la revista



En pacientes con antecedente de manga gástrica y síntomas de reflujo se recomienda realizar endoscopia superior. Y en los que son asintomáticos, se deberá llevar a cabo endoscopia superior como parte de la monitorización tres años después y de ahí cada cinco años. Si se detecta EB en esta población se deberá llevar a cabo la monitorización correspondiente a esta entidad.

En pacientes con miotomía endoscópica peroral (POEM) y con síntomas de ERGE, se recomienda realizar endoscopia superior. Realmente el mejor consejo sería que en pacientes que tienen POEM, el endoscopista debe estar alerta del índice elevado de ERGE y deberá considerar el llevar a cabo una endoscopia superior periódica aún en pacientes asintomáticos.

En pacientes sintomáticos y con diagnóstico confirmado de ERGE con síntomas predominantes de pirosis, se recomienda tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones (IBP's) en una dosis lo más baja posible en un periodo corto de tiempo posible en lo que se discuten otras opciones de manejo a largo plazo.

En pacientes con respuesta clínica subóptima a la terapia con IBPs, se sugiere llevar a cabo una prueba de polimorfismo del CYP2C19 y ajustar la dosis y/o selección del IBP. Los pacientes que han estado en un tratamiento crónico con IBPs (>6 meses)

deberán ser considerados para optimización y destete del tratamiento médico. Los médicos deben considerar los riesgos, beneficios y alternativas al usar IBPs para los pacientes con ERGE.

En pacientes con ERGE confirmado, con hernia hiatal pequeña (2 cm) y un grado I o II de acuerdo con la clasificación de Hill, se sugiere evaluar al paciente para llevar a cabo una funduplicatura incisional transoral (FIT) o tratamiento endoscópico con radiofrecuencia denominado Stretta como alternativa al tratamiento médico crónico: ERGE crónico (>6 meses), uso de IBPs crónico (>6 meses), ERGE refractario, ERGE con reflujo predominante, preferencia del paciente para no usar IBPs por un periodo de tiempo largo.

En pacientes con ERGE confirmado y una hernia hiatal grande (>2 cm), un grado III o IV de acuerdo con la clasificación de Hill, se sugiere evaluar al paciente para llevar a cabo una reparación quirúrgica de la hernia combinada con FIT con un equipo multidisciplinario.

En pacientes con ERGE confirmado, una hernia pequeña (<2 cm) y clasificación de Hill grado I o II, se puede considerar la aplicación de energía con radiofrecuencia en el esfínter esofágico inferior (EEI) cuando no estén disponibles la funduplicatura endoscópica o quirúrgica.



**CURSO  
LÍDER LIEEG  
Endoscopia del Tercer  
Espacio**

**Curso Teórico-Formato virtual**  
**28** de julio al **04** de agosto  
de 2025

**Presencial Hands On**  
**07 y 08** de agosto de 2025

*Otorga puntos para  
recertificación*



**cupó  
LIMITADO**

# Seguridad de las prótesis metálicas autoexpandibles en pacientes con EBEM potencialmente resecables

**Dr. Jony Cerna Cardona**

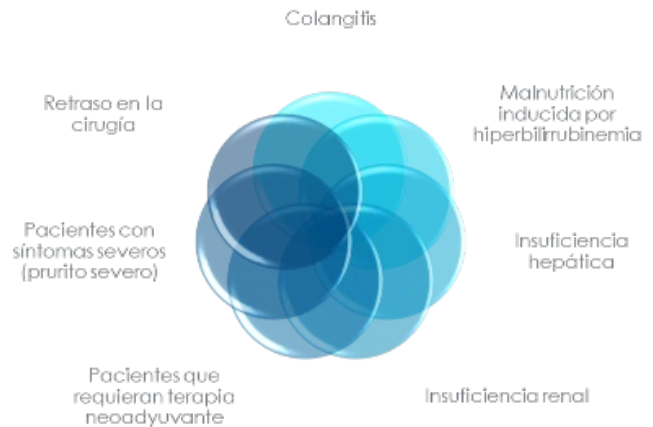
**Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo**

Hospital Juárez de México

La estenosis biliar es un estrechamiento anormal en el sistema de drenaje ductal del hígado que resulta en una obstrucción clínica y fisiológica relevante del flujo de bilis. Discriminar entre una estenosis biliar benigna de una maligna es el objetivo principal en el abordaje diagnóstico, ya que define el tratamiento, pronóstico y sobrevida del paciente. El objetivo del tratamiento endoscópico es restablecer el flujo de bilis hacia el duodeno y evitar la cirrosis secundaria. Este drenaje, en el contexto de pacientes con estenosis biliares extrahepáticas malignas (EBEM) potencialmente resecables, sólo está indicado en condiciones específicas (Imagen 1).<sup>1</sup>

La American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) sugiere ir en contra del drenaje biliar rutinario en pacientes con EBEM secundarias a cáncer de páncreas o colangiocarcinoma extrahepático resecable que representa entre el 20% y 30% de todos los colangiocarcinomas (Imagen 2).<sup>1</sup> Cuando se decide realizar el drenaje biliar endoscópico de una estenosis, se puede lograr con dos tipos de prótesis: las plásticas y las metálicas autoexpandibles (SEMS)<sup>2</sup> (Imagen 3).

Los estudios clínicos que comparan las SEMS y las prótesis plásticas han demostrado una mayor tasa de éxito técnico y clínico de las SEMS, con la prolongación de la permeabilidad



**Imagen 1.** Indicaciones de drenaje biliar en pacientes con estenosis biliares extrahepáticas potencialmente quirúrgicos.<sup>3</sup>

de la prótesis al reducir el número de reintervenciones, lo que resulta en su rentabilidad. En pacientes candidatos a cirugía en contexto de una EBEM se debe colocar el extremo proximal de la prótesis metálica cubierta 1.5 cm por debajo de la confluencia (Imagen 4).<sup>1,2</sup>

La seguridad de las SEMS ha sido demostrada en varios estudios. Sawas y cols. refieren un mayor éxito funcional (disminución <75% de la bilirrubina con respecto a los valores previos al tratamiento) con la SEMS (97.9%) vs plástica (84.8%) (p <0.001), con mayores tasas de complicaciones

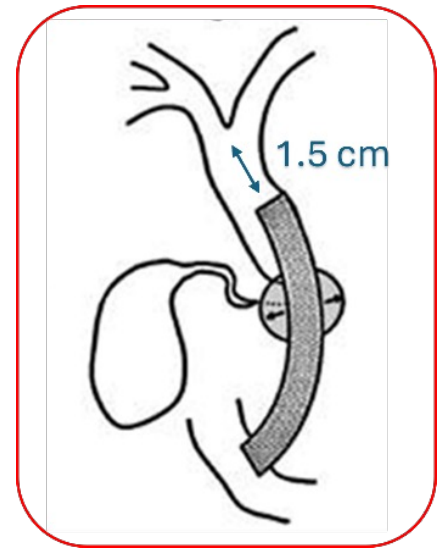
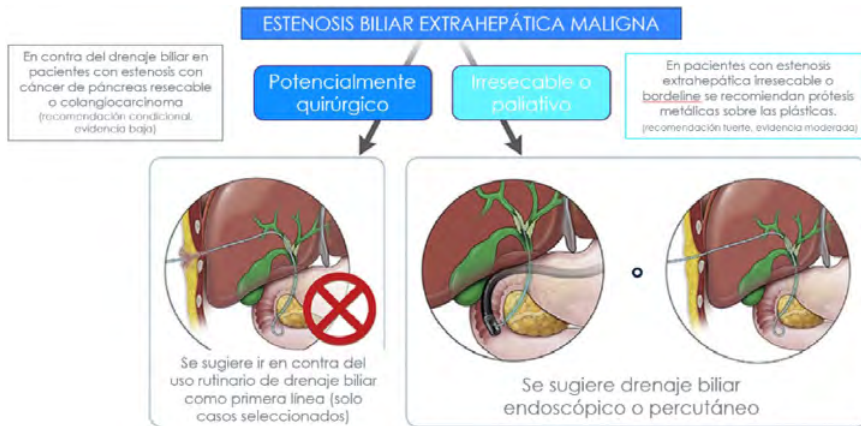


Imagen 2. Conducta terapéutica en estenosis biliar extrahepática maligna (modificado referencia 1).

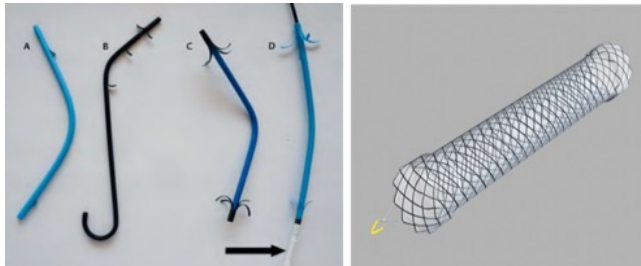


Imagen 3. Tipos de prótesis que pueden utilizarse en el drenaje de EBEM:  
a) Prótesis plásticas; b) SEMS.<sup>2</sup>

Imagen 4. Recomendación a seguir para colocar una SEMS totalmente cubierta en una EBEM.

tempranas (8.3% vs 2%) y tardías (56.4% vs 24.4%) en las prótesis plásticas vs SEMS.<sup>3</sup>

En conclusión, el drenaje biliar de una EBEM potencialmente resecable está contraindicado, excepto en condiciones como colangitis aguda. Se debe dar preferencia a la SEMS totalmente cubierta ya que ha demostrado ser segura y eficaz en esta patología. En pacientes con patología irresecable, se deben utilizar de preferencia SEMS parcialmente cubiertas o no cubiertas.

## Referencias

1. Elmunzer J, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Biliary Strictures. Am J Gastroenterol 2023;118:405–426.
2. Mangiavillano B, et al. Biliary and pancreatic stenting: Devices and insertion techniques in therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic ultrasonography. World J Gastrointest Endosc 2016 February 10; 8(3): 143-156.
3. Pimpinelli M, et al. Endoscopic management of benign and malignant hilar stricture. Dig Endosc 2023; 35: 443–452.
4. Sawas T, et al. Self-expandable metal stents versus plastic stents for malignant biliary obstruction: a meta-analysis.

# Endoscopia bariátrica como estrategia terapéutica integral en el manejo de la obesidad en la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla (BUAP)

**Dr. Jesús Erwin Perea Leal**

**Dr. José Miguel Espinosa González**

**Dra. María Fernanda Del Río Huerta**

Unidad de Endoscopia Terapéutica del Hospital Universitario de Puebla de la BUAP

La endobariatría ha surgido en los últimos años como una alternativa eficaz y mínimamente invasiva para el tratamiento de la obesidad, una enfermedad crónica que continúa en ascenso a nivel mundial.<sup>2</sup> A diferencia de los métodos quirúrgicos tradicionales, la endobariatría busca replicar los beneficios metabólicos y restrictivos sin incisiones ni hospitalizaciones prolongadas. Esta evolución ha sido posible gracias a los avances en tecnología endoscópica y a la formación de profesionales altamente capacitados (Imagen 1).<sup>3</sup>

El desarrollo histórico de la endobariatría tiene sus raíces en los intentos iniciales de modificar la anatomía y funcionalidad del tracto gastrointestinal mediante dispositivos más seguros que la cirugía. En las décadas de 1980 y 1990, los balones intragástricos fueron los primeros en ofrecer una intervención endoscópica con fines bariátricos, aunque con resultados variables.

Fue hasta la primera década del siglo XXI que surgieron plataformas más sofisticadas como el sistema Apollo OverStitch, aprobado por la FDA (Food and Drug Administration)



Imagen 1. Paciente al que se le realizó endoscopia bariátrica en HUP.

estadounidense en 2013, el cual permitió realizar suturas transmurales endoscópicas seguras y reproducibles.<sup>1</sup> Este hito marcó un punto de inflexión, permitiendo el desarrollo de procedimientos como la manga gástrica endoscópica (Endoscopic Sleeve Gastroplasty o ESG) y el método TORE (Transoral Outlet Reduction)<sup>1,3</sup> (Imagen 2).

Ambos procedimientos se han consolidado como opciones terapéuticas viables para pacientes que no desean o no califican

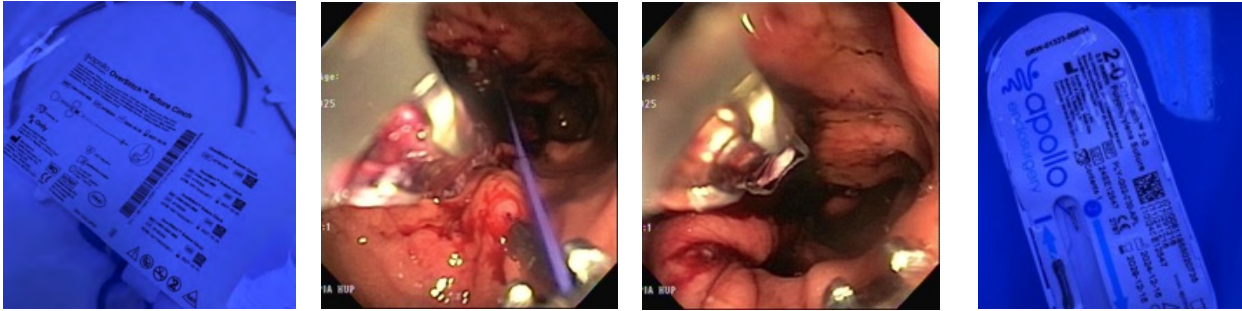


Imagen 2. Sutura endoscópica con Apollo OverStitch.

para una cirugía bariátrica tradicional. Estos métodos permiten una reducción significativa del volumen gástrico, con una pérdida de peso sostenida y un perfil de seguridad ampliamente superior al de las intervenciones quirúrgicas mayores.<sup>2</sup>

En México, la endobariatría ha comenzado a posicionarse como una opción accesible y avanzada para el tratamiento integral de la obesidad.

En marzo de 2025, se implementó un programa institucional de endoscopia bariátrica con el objetivo de evaluar su viabilidad, seguridad y resultados clínicos iniciales.

Durante el primer mes de operación, se llevaron a cabo tres procedimientos exitosos. Los resultados fueron alentadores: los dos primeros pacientes lograron una pérdida ponderal de 15 y 14 kg, mientras que el tercer paciente, intervenido al cierre del mes, alcanzó una reducción de 7 kg en las primeras semanas. Todos los pacientes han mostrado una recuperación rápida, retomando sus actividades laborales desde el segundo día y comenzando ejercicio físico a partir de la segunda semana posterior al procedimiento.

*“La sutura endoscópica representa una alternativa real y segura para el tratamiento de la obesidad en México. No solo acorta*



## 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**.

*tiempos de recuperación y reduce riesgos, sino que permite ofrecer atención avanzada a más pacientes, sin necesidad de cirugía tradicional”*

El procedimiento se realiza con el sistema de sutura endoscópica OverStitch® (Apollo Endosurgery), el cual se introduce a través de un endoscopio terapéutico. La técnica consiste en la aplicación de suturas transmurales en patrón continuo o en bloques (generalmente en forma de “U”),

logrando una reducción del lumen gástrico de hasta un 70% a 80%, simulando el efecto de una manga gástrica quirúrgica.

En promedio, cada procedimiento requiere entre siete y doce suturas completas, dependiendo de la anatomía del paciente, la técnica del operador y los objetivos específicos de restricción gástrica. Cada sutura puede incluir de dos a seis pasadas del tejido gástrico (bites), lo que permite una plicatura efectiva de la pared anterior, posterior y la curvatura mayor del estómago (Imagen 3).

En los primeros procedimientos, la duración promedio fue de 90 a 120 minutos. Con la experiencia, este tiempo tiende a reducirse a menos de 75 minutos.

Si bien la pérdida de peso obtenida con procedimientos endoscópicos aún es menor en comparación con las técnicas quirúrgicas como la manga gástrica o el bypass, los avances en este campo están cerrando rápidamente esa brecha. Innovaciones como la combinación de sutura endoscópica (ESG) con ablación de la mucosa del fondo gástrico mediante argón plasma están ganando relevancia dentro de la práctica clínica.<sup>4</sup>

Esta técnica complementaria busca reducir la producción de grelina, al intervenir directamente sobre la región del estómago encargada de su secreción. Al hacerlo, se potencia el efecto restrictivo y metabólico del procedimiento endoscópico, ofreciendo resultados cada vez más comparables a los de una manga gástrica quirúrgica, pero con un perfil de seguridad mucho más favorable.<sup>4</sup>

Es fundamental realizar una evaluación multidisciplinaria (nutrición, psicología, endocrinología) para garantizar el éxito del tratamiento a largo plazo.

En conclusión, la técnica de sutura endoscópica se ha consolidado como una opción terapéutica segura y efectiva en el tratamiento de la obesidad, especialmente en etapas tempranas

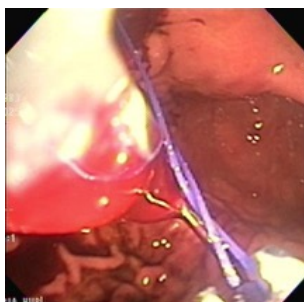
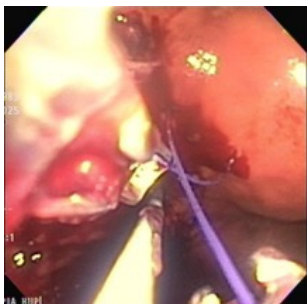


Imagen 3. Sutura endoscópica.



Imagen 4. Equipo de endoscopia con Apollo en la Unidad Terapéutica del HUP.

o en pacientes con contraindicación para cirugía mayor. Su carácter mínimamente invasivo, la rápida recuperación funcional y los resultados favorables en la pérdida de peso la convierten en una herramienta cada vez más relevante dentro del manejo multidisciplinario de esta enfermedad crónica. La experiencia acumulada y la estandarización progresiva de la técnica permitirán mejorar aún más sus resultados a largo plazo y ampliar su aplicabilidad clínica.

La Unidad de Endoscopia Terapéutica del Hospital Universitario de Puebla (HUP) se posiciona como referente

regional al liderar la implementación de este procedimiento en el estado de Puebla. Gracias a su infraestructura de alta especialidad, personal capacitado y disponibilidad de tecnología avanzada, el HUP BUAP se encuentra a la vanguardia en el abordaje endoluminal de la obesidad. La experiencia acumulada y la estandarización progresiva de la técnica permitirán mejorar aún más sus resultados a largo plazo y ampliar su aplicabilidad clínica en nuestra población.

Con pasos firmes y una visión enfocada en la excelencia médica, la unidad continúa consolidándose como un referente

# ENDOSCOPIA

Envíanos tu manuscrito a:

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

✓ Artículo Original
✓ Artículo de Revisión
✓ Casos Clínicos

1

Darse de alta en la página

2

Consultar normas de autor

3

Prepara tu manuscrito y adjuntar en la página

4

Enviar manuscrito

+
+
➔

ENVIAR

online  
Submission  
Manuscript

Conoce y participa con nuestra revista

EN LÍNEA

AGOSTO DE 2025 ◦ GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

19

en innovación y calidad asistencial. En esta línea, el Programa de Endoscopia Bariátrica, liderado por el Dr. Jesús Erwin Perea, marca un hito importante: en el mes de marzo, el Dr. Perea recibió la certificación oficial por parte de Boston Scientific que lo avala para la realización de este procedimiento endoscópico de alta especialización. Este logro refuerza el compromiso con la mejora continua y la incorporación de técnicas mínimamente invasivas al servicio del bienestar del paciente de la unidad de endoscopia terapéutica avanzada del Hospital Universitario de Puebla de la BUAP.

## Referencias

1. Kumar, N., et al. "Endoscopic Sleeve Gastroplasty: Multicenter Weight Loss Results." *Gastrointestinal Endoscopy*, 2018.
2. Abu Dayyeh, B.K., et al. "ASGE Bariatric Endoscopy Task Force systematic review and meta-analysis." *Gastrointestinal Endoscopy*, 2015.
3. Galvão Neto, M.P., et al. "Endoscopic bariatric therapies: current state of the art." *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2015.
4. McGowan, C.E., et al. "Endoscopic Sleeve Gastroplasty with Argon Plasma Ablation: A Novel Combination Technique." *Obesity Surgery*, 2021.
5. Jerez, J., et al. "Advances in Endoscopic Treatment of Obesity." *Revista Latinoamericana de Cirugía Digestiva*, 2022.



# ENDOSCOPIA

Accede  
a la revista



# Hemorragia de intestino delgado secundaria a lesiones vasculares: diagnóstico, patogénesis y manejo

**Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez**

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México

**Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara**

Centro Médico Dalinde, Ciudad de México

Interesados no sólo en el diagnóstico de la patología del intestino delgado (ID), en este mes decidimos realizar una revisión sobre el diagnóstico, patogénesis y, sobre todo, el manejo de la hemorragia del ID (HID), seleccionando este artículo de Sandhu y cols. sobre el tema.

## Etiología de la HID

En la Tabla 1 se enumeran las lesiones de tipo vascular causantes de la HID, su etiopatogenia, su prevalencia y sus factores de riesgo.

## Diagnóstico de la HID

- **Second look.** Se recomienda repetir la endoscopia y colonoscopia antes de la evaluación del ID para los pacientes con signos o síntomas recurrentes, ya sea superior o inferior. Hematemesis recurrente, melena, la presencia de grandes hernias hiatales, hematoquecia, sospecha de lesiones colónicas no detectadas e historial de uso de AINEs.
- **Videocápsula endoscópica (VCE) y enteroscopia asistida por dispositivos (EAD).** En la mayoría de los casos, la VCE es el estudio de primera línea para la HID antes que la EAD. Una de las principales complicaciones de la VCE es la retención por lo que, ante la sospecha de estenosis, se deberá realizar cápsula patency, enterografía por tomografía o por resonancia. La VCE debe realizarse dentro de las primeras 48 a 72 horas como máximo para incrementar el rendimiento diagnóstico. La EAD puede realizarse de manera anterógrada o retrógrada, y la decisión de cuál realizar debe guiarse por los tiempos de tránsito de VCE. Se informa que el rendimiento diagnóstico de EAD es del 75% cuando se realiza después de una VCE positiva, en comparación con el 27.5% cuando se realiza después de una VCE negativa. Existe la enteroscopia por empuje y la enteroscopia intraoperatoria (EIO), cada una de estas va a tener su indicación, si la VCE nos muestra alguna lesión muy próxima en el primer caso o la EIO en casos donde se sospechen adherencias o que no se alcanzó la lesión por EAD.
- **Angiotomografía (ATAC).** Su objetivo es identificar la localización, severidad y la causa de la hemorragia, con una sensibilidad del 85% al 90%, especificidad del 92% y eficacia del 94% al 95% para la detección y localización de la hemorragia evidente, sobre todo en pacientes inestables.
- **Medicina nuclear.** Anteriormente se utilizaba mucho para el diagnóstico de la HID, sin embargo, hoy en día ha sido desplazada por la ATAC.
- **Enterografía por TAC (ETC).** Se recomienda cuando la

| Lesión vascular                   | Patogénesis                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Prevalencia                                                                                                                                    | Factores de riesgo                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Angiodisplasia o angiectasia (AD) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crónica/intermitente, obstrucción de bajo grado de las venas submucosas</li> <li>• Isquemia crónica de la mucosa</li> <li>• Incremento del factor de crecimiento endotelial vascular VEGF-A y expresión del factor de crecimiento fibroblástico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;2.9% en la población en generales</li> <li>• Causa del más del 50% de los casos de HID</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;50 años</li> <li>• Hereditario/adquirido</li> <li>• Enfermedad de Von Willebrand</li> <li>• Enfermedad renal crónica</li> <li>• Uso de AINES</li> </ul> |
| Lesión de Dieulafoy               | Arteria submucosa pulsátil con ruptura                                                                                                                                                                                                                                                              | >2% de los casos de hemorragia gastrointestinal                                                                                                | Uso de AINES                                                                                                                                                                                         |
| Várices                           | Venas colaterales dilatadas en la hipertensión portal (HP)                                                                                                                                                                                                                                          | Presentes por arriba del 21% de todos los pacientes con HP                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión portal</li> <li>• Cirugía abdominal</li> </ul>                                                                                                 |
| Telangiectasias                   | Anormalidades vasculares relacionadas a enfermedades sistémicas o hereditarias                                                                                                                                                                                                                      | Telangiectasia hemorrágica hereditaria se estima que tiene una prevalencia de 1 en 5,000 personas                                              | Enfermedad hereditaria con patrón autosómico dominante                                                                                                                                               |

Tabla1. Lesiones vasculares causantes de HID.

VCE es negativa, está contraindicada o se sospecha de alguna neoplasia del ID. La entererografía trifásica por TAC utiliza contraste oral y fase arterial, venosa y lenta, evalúa de manera correcta el ID, sobre todo cuando algunos otros estudios no son seguros.

| Lesión vascular              | Manejo                                                                                                    |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Angiodisplasia o angiectasia | Endoscópico/quirúrgico/médico                                                                             |
| Lesión de Dieulafoy          | Endoscópico/embolización/quirúrgico                                                                       |
| Várices                      | Endoscópico (ligadura, escleroterapia)/radiológico (TIPS, obliteración transvesona retrógrada/quirúrgico) |
| Telangiectasias              | Soporte/transfusión                                                                                       |

Tabla 2. Manejo de acuerdo con el tipo de lesión vascular.

## Tratamiento

El tratamiento puede ser médico, endoscópico, radiológico o quirúrgico (Tabla 2 y 3).

En conclusión, los recientes avances diagnósticos, incluyendo los estudios radiológicos, la VCE y la enteroscopia, han permitido la identificación de la mayoría de las fuentes de HID. Las lesiones vasculares, tanto adquiridas como sistémicas/hereditarias, siguen siendo la etiología más común de HID, siendo la angiodisplasia la causa mayor de las lesiones vasculares del ID.

La terapia incluye una resucitación adecuada, intervención endoscópica y/o radiológica, y la consideración de análogos de somatostatina o agentes antiangiogénicos en pacientes con hemorragias recurrentes o refractarias. La terapia quirúrgica, que incluye la resección intestinal, debe reservarse para casos refractarios selectivos.

| Tratamiento | Octreotide                                                                                                         | Talidomida                                                                                                   | Bevacizumab                                                   | Argón plasma                                                                    | Electrocoagulación                                                                                          | Mecánico                                                                     | Intervención radiológica                                                                                               | Quirúrgica                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descripción | Análogo de somatostatina, ha demostrado reducir la necesidades de transfusiones y endoscopias en pacientes con AD. | Agente antiangiogénico pero con un potencial de toxicidad significativo y efectos secundarios teratogénicos. | Anticuerpo monoclonal contra VEGF-A en AD del ID refractario. | Método sin contacto de coagulación de tejidos mediante ionización de gas argón. | Dispositivos monopolares o bipolares en los que la corriente eléctrica genera calor para lograr hemostasia. | Los clips hemostáticos ocluyen mediante la aproximación mecánica del tejido. | Para la hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica, se recomienda la angiografía para la embolización selectiva. | La resección quirúrgica del ID se reserva principalmente para aquellos que necesitan EIO o en casos de sospecha clínica significativa de HID en los que VCE, EAD y ATAC/angiografía no han logrado identificar o tratar la etiología. |

Tabla 3. Descripción de tipos de tratamientos.

**REUNIÓN NACIONAL DE  
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL**

**sede**  
 Centro Internacional de Convenciones  
 Puerto Vallarta, Jal., MX

**13 al 17  
septiembre  
2025**

@ameg.mexico  
 @ameg.mexico  
 @AMegMexico

# Diagnóstico y tratamiento endoscópico de tumores neuroendócrinos gástricos (carcinoides). A propósito de un caso

**Dra. Gretel Casillas Guzmán**

Hospital San Ángel Inn Universidad  
Hospital de Especialidades CMN SXXI

Femenino de 59 años con hipotiroidismo desde hace 18 años, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica bien controladas desde hace un año, quien cursa con síndrome anémico y prueba de sangre oculta en heces positiva; niega síntomas gastrointestinales, sin embargo, se realiza panendoscopia y colonoscopia como protocolo diagnóstico.

En la panendoscopia se observan lesiones ovales, hiperémicas que se resecan con asa de polipectomía fría (Imagen 1), el estudio histopatológico mostró pólipos hiperplásicos con displasia de células neuroendócrinas, 3 mm de diámetro mayor, con estudio de inmunohistoquímica que reportó tumor endocrino bien diferenciado (G1) multifocal, de hasta 2 mm de diámetro. Ki 67 1%, cromogranina positivo, sinaptosina positivo. Posterior a la resección endoscópica, se realizó gammagrama con Tc- 99 que reportó: estudio gammagráfico sin evidencia de expresión de receptores de somatostatina que sugieran actividad tumoral endócrina.

## Revisión

Los tumores neuroendócrinos gástricos (NET por sus siglas en inglés) se originan de las células enterocromafines (EC) o

parecidas a enterocromafines (enterochromaffin-like, ECL) que recubren el tracto gastrointestinal y que controlan la motilidad y la secreción gastrointestinal.<sup>1</sup>

Los NET gástricos son generalmente de crecimiento lento y frecuentemente asintomáticos, pero también pueden ser muy agresivos y metastatizar ampliamente. Suelen ser multifocales y se diagnostican frecuentemente de forma incidental, probablemente debido al aumento de estudios endoscópicos que se realizan por otras razones.

La incidencia de NETs gástricos se ha incrementado quince veces de 1973 a 2012 de acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos.<sup>2</sup>

## Clasificación

En 2010, la World Health Organization clasificó a los NET en bien diferenciados, con grado bajo e intermedio (G1, G2) o pobremente diferenciados, de alto grado (G3) basado en la tasa de mitosis y el índice de Ki-67.

Los NET de alto grado se relacionan más con angioinvasión, metástasis e invasión a la muscular de la mucosa. Los TNE gástricos de tipo I se asocian con gastritis atrófica crónica, que



Imagen 1. Lesiones hiperémicas encontradas en la panendoscopia.

puede o no presentarse en el contexto de anemia perniciosa. Los TNE gástricos de tipo II se encuentran generalmente en pacientes con gastrinomas asociados a neoplasia endocrina múltiple (MEN)-1, que causan el síndrome de Zollinger-Ellison (ZES). Los TNE gástricos de tipo III son esporádicos, no están asociados a ninguna condición predisponente, tienen una alta tasa de metástasis en el momento del diagnóstico y a menudo, un mal pronóstico.

### Presentación clínica

En general, los NET gástricos son asintomáticos o pueden causar síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, anemia o hemorragia gastrointestinal alta.

Al momento de la endoscopia, los NET tipo I y II son lesiones hiperémicas y algunos de aspecto submucoso, pueden ser únicas o multifocales, en general menores a 10 mm y localizados con mayor frecuencia en fondo y cuerpo.

Los NET tipo III en general son únicos, frecuentemente mayores de 2 cm, solitarios y con la misma localización (fondo y cuerpo), ocasionalmente producen histamina y/o 5-hidroxitriptofano que puede producir un síndrome carcinoide. Pueden asociarse a la presencia de neoplasia endocrina múltiple 1 (MEN-1), donde el hiperparatiroidismo precede al diagnóstico de gastrinoma por una década.

### Diagnóstico

Se sugiere que la resección de estas lesiones sea con asa fría para obtener una resección completa y en la medida de lo posible evitar la resección fragmentada con pinza de biopsia. Además, se sugiere tomar biopsias de la mucosa adyacente de cuerpo y fondo para evaluar la presencia de gastritis atrófica, metaplasia intestinal o hiperplasia de células enterocromafines, así como biopsias de antro para evaluar si

existe hiperplasia de células G y presencia (o no) de *H. pylori*.

Se deben obtener niveles séricos de gastrina en ayuno (sin la toma de IBPs) para permitir caracterizar el tipo de NETs.

La cromogranina A (CgA) y niveles de serotonina, así como S-HIAA sérico o urinario, se puede considerar como parte del protocolo de estudio en pacientes con NETs tipo III si existen síntomas asociados a tumor carcinoide.

El ultrasonido endoscópico (USE) tiene un papel en la evaluación de invasión más allá de la mucosa e invasión linfática, sobre todo en lesiones mayores a 2 cm. Se puede complementar evaluación con gammagrama con Tc-99 (receptores de somatostatina), CT o RMI si se sospecha enfermedad metastásica, pero el estudio de PET/CT con Galio-68 es el estudio más útil para estadificación.

## Tratamiento

El tipo I y II de NETs requiere resección endoscópica, sobre todo si son menores a 10 mm (REM). El tipo III debe tratarse agresivamente (como adenocarcinoma) con gastrectomía parcial y disección de nódulos linfoides, aunque algunos casos pueden ser tratados con disección endoscópica de la submucosa (DES), sobre todo si no hay evidencia de invasión linfática con un seguimiento estrecho.

Como alternativa, se han estudiado los análogos de somatostatina (SSAs). Un estudio canadiense con dosis mensuales de octreotido (<30mg) comparada con altas dosis (<30mg) mostró una sobrevida global mayor en el grupo de altas dosis, la cual fue de 66 meses comparados con 22 meses (HR 0.5,  $p < 0.01$ ).<sup>3</sup>

Un nuevo agente que es agonista del receptor gastrina/colecistoquinina se ha estudiado en pacientes NETs tipo I. En un estudio abierto, se administró netazepide a ocho pacientes con NETs tipo I una vez al día por doce semanas. Todos los pacientes tuvieron reducción en el número y tamaño de sus lesiones y hubo reducción de CgA, aunque la gastrina sérica se mantuvo sin cambio durante el tratamiento. Este agente fue seguro y bien tolerado. Actualmente siguen corriendo estudios con esta molécula.<sup>4</sup>

En cuanto a la enfermedad metastásica, se ha demostrado que pueden utilizarse SSAs lo que disminuye la carga tumoral. Otras terapias en metástasis hepáticas incluyen tratamiento embólico o de radiofrecuencia, resección quirúrgica, quimioterapia, etcétera.

En esta paciente, la resección endoscópica con asa fría fue eficaz para resolución del tumor neuroendocrino gástrico.

## Referencias

1. Gluckman, C. Metz D. *Gastric Neuroendocrine Tumors (Carcinoids)*. Current Gastroenterology Reports. 2019; 21(13): 1-7.
2. Dasari A, Shen C, Halperin D, Zhao B, Zhou S, Xu Y, et al. *Trends in the incidence, prevalence, and survival outcomes in patients with neuroendocrine tumors in the United States*. JAMA Oncol. 2017;3(10):1335–42.
3. Lau SC, Abdel-Rahman O, Cheung WY. *Improved survival with higher doses of octreotide long-acting release in gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors*. Med Oncol. 2018;35(9):123.
4. Fossmark R, Sørdal Ø, Jianu CS, Qvigstad G, Nordrum IS, Boyce M, et al. *Treatment of gastric carcinoids type 1 with the gastrin receptor antagonist netazepide (YF476) results in regression of tumours and normalisation of serum chromogranin a*. Aliment Pharmacol Ther. 2012;36(11–12):1067–75.

# "Para andar un camino, primero hay que construirlo"

*"Donde no hay nada,  
hay algo"*

*Oscar Hernández M.*

Endoscopista mexicano (2025)

## Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Hospital Médica Sur

Para esta entrega, tuve el gusto de entrevistar a un gran endoscopista, alguien que se ha convertido en un ejemplo de orgullo, constancia y de lo que significa no tener miedo a hacer cosas nuevas. Alguien quien, quizá de apariencia seria, desea compartir su trabajo y lo que ha aprendido con los demás. Se trata del Dr. Óscar Hernández Mondragón.

## ¿Cómo nace el gusto por la endoscopia?

Todo empieza cuando te sientas y decides qué estudiar. Como sabes, medicina no es fácil, demanda mucho tiempo y dedicación; mientras otros están en fiestas o disfrutando de otras cosas, uno está en la biblioteca estudiando día y noche (es una carrera que exige mucho de uno mismo). Pero si algo me apasionaba era la idea de estudiar al ser humano (en toda su complejidad) y eso me impulsaba, sentía que conquistaba al mundo (risas) hasta que terminé la carrera y sentí el frío de la calle (risas).

Debo agregar que durante el internado tuve la oportunidad de irme a rotar a Estados Unidos, estando en cuatro hospitales diferentes en Texas y lo primero que



Dr. Óscar Hernández Mondragón

viví fue el choque entre dos mundos (equipo, tecnología, organización) y, lo segundo, el saber que había muchos mexicanos trabajando ahí (eso me alentaba). La rotación fue increíble y debo admitir que, aunque había la posibilidad de quedarme allá, lo mejor era traer todos esos conocimientos a mi país (soy muy nacionalista).

Ya estando acá en México hice medicina interna dos años. Hago una pausa para decir que siempre es bueno tener una guía, alguien que te ayude a plasmar tu sueños, a descubrir tu camino y entender cuál es tu propósito en la vida.

Y en esa etapa yo tuve mi guía, en ese entonces mi maestra era gastroenteróloga, le apasionaba lo que hacía; su manera de ver y abordar a los pacientes, esa pasión fue lo que me contagió. Así me decidí por la gastro (es aquí donde recalco la importancia de tener a alguien que te guíe).

Hice tres años de gastroenterología en el Centro Médico, es una especialidad pesada (casi militarizada). En el R2 de gastro tuve mi primer contacto con la endoscopia, me emocionó la idea de introducir una cámara en una persona y ver la correlación (o discordancia) entre sus síntomas y lo hallazgos, permitiendo además del diagnóstico un tratamiento y ver si funciona este tratamiento. Y así decidí ser endoscopista.

De niño mi mamá me involucró en muchas actividades como tocar el piano, guitarra, batería (¡estuve en una banda!) hasta actividades deportivas como la natación, llegando a participar en los campeonatos panamericanos.

Todo esto aparte de enseñarme a tener disciplina, constancia y gusto por la competencia, también me hicieron ser muy manual, muy práctico y eso mismo encontré en la endoscopia, la cual vi como parte o rama de la cirugía (recordar sus orígenes) y dije: “¡Creo que tengo alma quirúrgica!” y me apasionó aún más.

## ¿A qué retos te has enfrentado en este camino?

Uno de los mayores desafíos que enfrenté fue una experiencia personal. Mi padre padeció cirrosis criptogénica, una enfermedad que conocía bien debido a mis estudios. Asumir el rol de cuidarlo y atenderlo durante sus episodios de hemorragia. Me exigió un alto nivel de compromiso y precisión en mi trabajo.

En la vida no existe un camino fácil y entre más lejos quieres llegar más dificultades vas a encontrar.

- Otro reto, ya como endoscopista, fue querer ser como aquellos profesores extranjeros que venían a los cursos. Me decía a mí mismo: “quiero ser como ellos, tener esa trayectoria” y sabía que podría hacer lo que ellos hacen.
- Entender que detrás de todo el éxito que uno puede ver en los maestros exitosos también puede haber una historia oscura, el entender que han sacrificado algo (por ejemplo, su familia, su salud, sus emociones, etcétera) a cambio de esa trayectoria, de estar en todos lados.
- Me di cuenta de que estos maestros no tienen una habilidad sobrehumana, no tienen un ultraintinto, por lo que, si yo me esforzaba, yo podría ser igual o mejor que ellos.
- Tratar de ser el mejor en cada cosa que hacía, incluso cuando luchaba contra mis caídas, mis dudas o mis obstáculos, no me dejaba vencer. ¿Por qué? Porque tenía un propósito: ser grande.
- Todo necesita tiempo, a veces la vida te hace esperar, otras te derriba, te dice que no puedes, te hace dudar y hasta replantearte si lo que haces no es lo tuyo. Pero cuando tienes un objetivo (sea cual sea) entiendes que este es el costo de querer llegar a ese objetivo.

- Tuve que comprender que debía hacer algo diferente, hacer algo que me diferenciara del resto. ¿Qué no están haciendo los demás o qué puedo hacer diferente de los demás, cómo puedo trascender? Y la respuesta fue publicar, dejar de ser espectador o lector para convertirme en el escritor del capítulo, en el actor dentro de la historia.
- Hacer mi maestría en investigación y publicar mi primer artículo.

### ¿A que le atribuirías tu éxito?

A la constancia y a siempre tener metas altas.

### De todas las ramas de la endoscopia, ¿por qué tercer espacio?

Encontré aquí el área de oportunidad que me permitiría competir al mismo nivel que los grandes maestros, por lo que me dije a mí mismo: “voy a entrarle a esto”.

El principio no fue nada fácil, mis primeras barreras fueron los cirujanos que, en tono de ironía, me decían que estaba muy padre mi idea, que era joven y me veían muy contento etcétera, pero si se me complicaba algo no me apoyarían.

Poco a poco empecé a construir este camino, iniciando con el desarrollo del programa de entrenamiento con prácticas semanales en modelos, primero ex vivo y luego en animales vivos.

Me tomó aproximadamente un año dominar la técnica. Lo anterior sumado a la constancia, me permitieron ganar la confianza de los demás (claro, primero de mí mismo) demostrando que esto iba en serio. Confieso que me ayudó tener ese corazón quirúrgico.

Lo complejo no es hacer tercer espacio, lo complejo es cuando se te complica un paciente, una perforación, una

hemorragia masiva, un paciente a quien ya le hiciste un procedimiento y a los dos o tres días te llama porque tiene distensión, dolor, leucocitosis, el no saber qué hacer cuando algo no sale bien, eso, eso sí te puede pegar y de ahí aprendes mucho.

### ¿Qué se siente representar a tu país?

Aunque pueda parecer sorprendente, soy una persona bastante tímida y reservada. La primera vez que tuve que presentar en inglés fue en un congreso en Praga, imagina mi nerviosismo, no hay curso de inglés que te prepare para eso, pero cuando lo logras todo cambia.

Soy muy nacionalista, es un orgullo presentar lo que hacemos en México, mostrar que sí sabemos hacer bien las cosas y que siempre intentamos hacerlo mejor. Después de que otros se te acercan y preguntan por lo que haces y cómo lo haces, sientes algo muy motivador, porque demuestras que somos más que los estereotipos que se ven en los medios de comunicación.

### ¿Qué nos hace diferentes al resto de endoscopistas de otros países?

Somos apasionados, comprometidos e inteligentes. Una cuestión que tenemos es que nos las ingeniamos (resolvemos) con lo que tenemos. Tenemos una mejor y mayor adaptabilidad, somos entrones, no huimos de los retos, no tenemos miedo a exponernos, además somos muy hábiles.

### Si pudieras enumerar aspectos que no te gustan de los jóvenes endoscopistas, ¿cuáles serían?

- Quieren todo fácil, sencillo y rápido.
- No quieren batallar.
- Pueden caer en el conformismo, falta esa sensación de

crecimiento personal.

- Carencia de resiliencia.
- En tiempos muertos no aprovechan su tiempo académico y cuando ya ven que va a terminar su residencia quieren hacer todo rápido.
- Quieren correr antes de caminar.

### Si pudieras enumerar lo que más te gusta de los jóvenes endoscopistas ¿qué sería?

- Tienen un manejo y acceso a la información más rápido.
- Algunos de los médicos aprovechan muy bien las herramientas que tienen y pueden dar clases de calidad congreso.
- Facilidad para organizar la información.
- Mantienen el respeto por los maestros.

### Como asociación endoscópica, ¿qué oportunidades de mejora podrías sugerir?

- Tener objetivos pensados a largo plazo y no solamente anuales.
- Tener una mayor fortaleza académica.
- Que los trabajos de ingreso se publiquen en nuestra

revista y disminuir la fuga u olvido de la información (por no publicarse).

- Tener más eventos dirigidos a necesidades locales y nacionales (regionalización).
- Darles más protagonismo a los médicos nacionales, abrir espacios para que presenten sus casos y cómo se resolvieron.
- Ser una guía que ayude a otros a no sentirse solos (académicamente hablando) que impulse el trabajo de los demás y que fomente que el trabajar duro tiene resultados.
- Darle valor a lo que hacemos y generamos, necesitamos acercarnos más.

### ¿Cómo ves el futuro de la endoscopia de nuestro país? ¿Qué demos fortalecer?

Al exigirnos más como maestros podremos enseñar nuevos caminos a nuestros alumnos. Hay que llevar en mente que su apertura es motivada por nosotros y eso nos hará ser más creadores y menos consumidores. El éxito de nuestra área será el eco de lo que hagamos hoy, así que veo un futuro muy grande.

# Efectividad de la coledocoduodenostomía vs drenaje de la vesícula guiados por USE en CRE fallida

**Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna**

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Dra. Lucía Vásquez Sánchez**

Hospital General de Tláhuac

El tratamiento de primera elección para el drenaje de la obstrucción biliar distal maligna (dMBO) es la colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) con colocación de prótesis transpapilar; sin embargo, esta puede fallar hasta en un 10%-20% de los casos. El drenaje biliar no exitoso se puede atribuir a estenosis duodenal, invasión tumoral de la ampolla de Vater, presencia de prótesis duodenal o canulación biliar difícil. En el caso de falla existen dos alternativas: el drenaje biliar transhepático percutáneo (PTBD) y el guiado por ultrasonido endoscópico (USE). Se ha demostrado que el éxito técnico y clínico son comparables entre ambas técnicas, pero los eventos adversos y la necesidad de reintervención son más frecuentes en el PTBD.

Varios estudios han demostrado la factibilidad de la coledocoduodenostomía guiada por USE (USE-CDS) con un éxito técnico y clínico mayor al 85%; sin embargo, tiene limitaciones como la disfunción de la prótesis, un conducto biliar principal menor de 12 mm de diámetro o el engrosamiento de la pared duodenal mayor de 10 mm.

El drenaje de la vesícula biliar guiada por USE (USE-GBD) es una alternativa factible, con series retrospectivas que han mostrado un éxito técnico del 100% y éxito clínico del 85% en el escenario de las dMBO. La USE-GBD se ha descrito como un procedimiento de rescate en enfermos con dMBO y no como un tratamiento de primera o segunda línea para el drenaje biliar. Antoine Debourdeau y cols. realizaron un estudio retrospectivo y multicéntrico que comparó la USE-CDS y el USE-GBD para el drenaje de la vía biliar en enfermos con dMBO, en los cuales la CRE fue no exitosa (estudio GALLBLADEUS).<sup>1</sup>

El objetivo del estudio fue comparar el éxito clínico entre la USE-CDS y el USE-GBD, el cual se definió como una disminución >50% de la bilirrubina total al séptimo día del procedimiento o normalización al día 28. Adicionalmente se evaluó el éxito técnico, eventos adversos tempranos (dentro de las primeras 24 horas posprocedimiento), eventos adversos tardíos (posterior a 24 horas del procedimiento), eventos adversos significativos (> grado II de la clasificación AGREE), disfunción de la prótesis, tasa de supervivencia general y tiempo a la recurrencia de la obstrucción biliar.

La selección del procedimiento dependió de factores como el tamaño del conducto biliar principal y la vesícula biliar, permea-

bilidad del conducto cístico, distancia entre el sitio de punción y la pared digestiva o la presencia de estenosis duodenal. La USE-CDS se realizó con un Hot Axios de 6x8 mm, mientras que en el USE-GBD se usaron Hot Axios de 6x8 mm, 10x10 mm o 15x10 mm, y se excluyeron aquellos pacientes con colecistectomía o invasión tumoral del cístico.

El estudio reclutó 78 pacientes, con edad promedio de 71 años. El grupo USE-GBD incluyó 41 pacientes (53%) y el USE-CDS 37 (47%). La etiología más común (+75%) fue el adenocarcinoma pancreático. La tasa de éxito clínico fue similar en ambos grupos: 87.8% para el USE-GBD y 89.2% para el USE-CDS ( $p=0.8$ ). El inicio de quimioterapia posterior al drenaje fue similar: 47.37% en el USE-GBD y 58.33% en el USE-CDS ( $p=0.477$ ). El éxito técnico fue comparable en ambos grupos, siendo del 100% para el USE-GBD y del 94.6% para el USE-CDS ( $p=0.132$ ).

Se presentaron eventos adversos tempranos en 4/41 (9.8%) pacientes del grupo USE-GBD y en 5/37 (13.5%) del USE-CDS ( $p=0.368$ ). Los eventos adversos tardíos fueron más frecuentes en el grupo USE-CDS, presentándose en 8/37 (21.6%) pacientes, en comparación con 3/41 (7.3%) en el USE-GBD ( $p=0.042$ ).

Los eventos adversos más frecuentes fueron sangrado, perforación, malposición de la prótesis, obstrucción de la prótesis y bacteriemia. Los eventos adversos significativos se observaron en 9.76% de los pacientes del brazo de USE-GBD y en 24.32% en el brazo de USE-CDS, ( $p=0.128$ ). De los eventos adversos severos, en el grupo de USE-GBD un paciente presentó dislocación de la prótesis dentro de la primera hora posprocedimiento, provocando peritonitis biliar con necesidad de cirugía y terapia intensiva. En el grupo de USE-CDS hubo dos muertes relacionadas con complicaciones tras fallas relacionadas con el mal posicionamiento de la prótesis.

No hubo diferencia significativa en la sobrevida general ni en el tiempo de recurrencia de la obstrucción biliar entre los grupos de

tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 4.7 meses.

Este es el primer estudio que compara USE-GBD y USE-CDS después de CRE fallida en dMBO, también representa la cohorte más grande de pacientes con USE-GBD para drenaje biliar. Se observó un éxito técnico y clínico comparable entre el USE-GBD y USE-CDS, con posterior inicio de quimioterapia; sin embargo, la velocidad de disminución de la ictericia parece ser más lenta en el USE-GBD, asimismo se observó una tasa significativamente menor de eventos adversos tardíos en el grupo USE-GBD.

El patrón de disfunción de las LAMS también fue diferente, pues en el grupo de USE-GBD la disfunción ocurrió principalmente antes de un mes en relación con la impactación de comida o coágulos, mientras que en el grupo USE-CDS fue más tardío debido a la invasión tumoral local de la prótesis. Por esto, se recomienda evitar la USE-CDS en caso de estenosis duodenal debido a que se encuentra en mayor proximidad al tumor en comparación con el USE-GBD, la cual se realizó en este caso vía transgástrica, a diferencia del acceso duodenal recomendado habitualmente en el caso de colecistitis.

Los autores concluyen que en casos de CRE fallida en pacientes con dMBO sin colecistectomía previa, el USE-GBD debe ser considerado para descompresión biliar en casos con conducto biliar principal insuficientemente dilatado o con >10 mm de distancia entre el conducto biliar y la pared duodenal, permitiendo así una opción efectiva.

## Referencias

1. Debourdeau A, Daniel J, Caillio L *et al.* Effectiveness of endoscopic ultrasound (EUS)-guided choledochoduodenostomy vs. EUS-guided gallbladder drainage for jaundice in patients with malignant distal biliary obstruction after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography: retrospective, multicenter study (GALLBLADEUS Study). *Digestive Endoscopy* 2025;37:103-114.
2. Rizzo GEM, Crino SF, Vanella G *et al.* EUS-guided gallbladder drainage as a rescue in distal malignant biliary obstruction: A systematic review with meta-analysis. *Endosc Ultrasound* 2025 Mar-Apr;14(2):41-47.

# Colitis eosinofílica

**Dr. Roberto Romero Romero, Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena, Dr. César Fermín Cervantes Vilorio, Dra. Janet Ledesma Ortiz, Dr. Eduardo Prado Orozco, Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros**

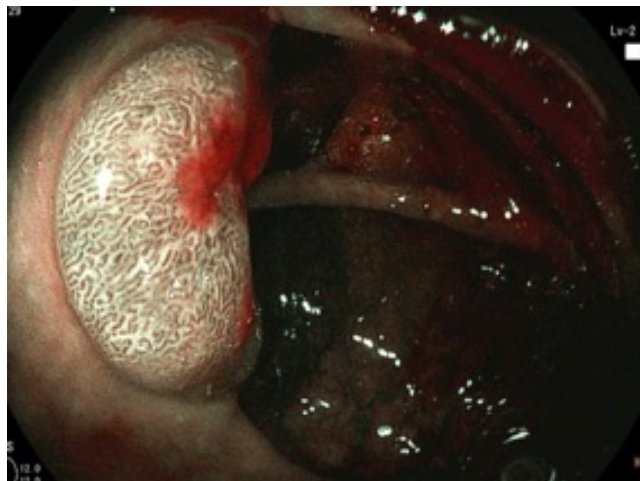
Hospital Ángeles Puebla  
Servicio de Endoscopia HE IMSS, Puebla

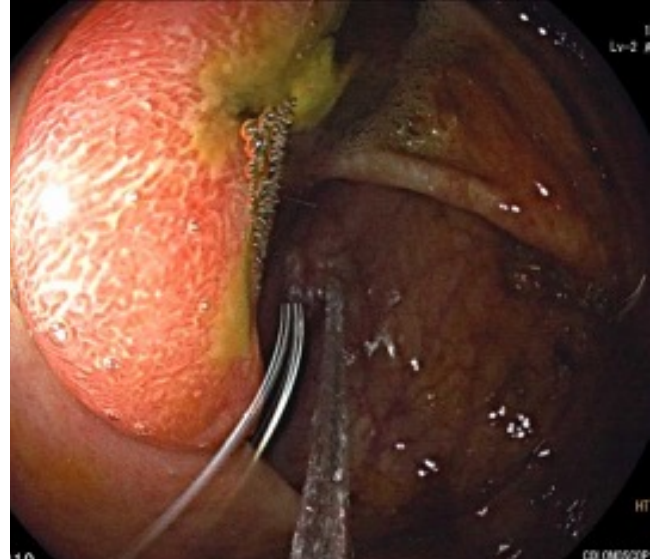
Paciente femenino de 30 años de edad con antecedentes personales patológicos negados, quirúrgicos no relevantes. Inició hace seis años con dolor abdominal tipo cólico intermitente, distensión abdominal, alteración del patrón intestinal con predominio de diarrea líquida, una a dos veces al día, sin presencia de moco o sangre.

Recibió tratamiento por médico de primer contacto con mejoría parcial. En los últimos seis meses se exacerbó la diarrea líquida incrementando entre cuatro y seis veces al día, sin moco, sin sangre, acompañada de pérdida de peso de 5 kg. Recibió tratamiento sintomático (antidiarreicos) sin mejoría, aumentando la distensión y dolor abdominal, por lo que se envió al servicio de gastroenterología, en donde se inició protocolo de diarrea crónica y se solicitó colonoscopia y laboratorios.

A la exploración física con abdomen distendido, peristalsis presente aumentada, blando, depresible, con dolor a la palpación en ambas fosas iliacas, timpánico a la percusión en marco cólico, sin datos de irritación peritoneal.

Se realizó colonoscopia como parte del abordaje, encontrando en íleon terminal zonas aisladas de puntilleo hemorrágico subepitelial. Labio distal de válvula ileocecal con patrón mucoso tubular alargado en toda su longitud. Ciego, colon ascendente, transverso, descendente y sigmoides de forma y distensibilidad adecuada. Patrón vascular, haustral y mucoso sin alteraciones.





Recto de forma y distensibilidad adecuadas, con patrón vascular, valvular y mucoso sin alteraciones. Se tomaron biopsias de íleon terminal, válvula ileocecal y aleatorias del colon.

El reporte histopatológico mostró enteritis crónica inespecífica, sin microorganismos, conteo de eosinófilos de 70 por campo de gran aumento. Íleon terminal: enteritis crónica inespecífica, no se identificaron microorganismos, conteo de eosinófilos de 85 por campo de gran aumento, con edema moderado, sin datos de atrofia y sin displasia. Colon descendente: colitis crónica, sin microorganismos, conteo de eosinófilos de 60 por campo de gran aumento.

Se integró diagnóstico de colitis eosinofílica y se inició tratamiento con budesonida, con la que presentó mejoría parcial y transitoria, motivo por el cual se escaló a tratamiento biológico con mepolizumab y montelukast, mejorando completamente

la distensión y limitando la diarrea. El dolor desapareció, mejoraron la calidad de evacuaciones y toleró adecuadamente la dieta indicada.

La colitis eosinofílica es una enfermedad rara, pero cada vez más reconocida gracias al avance en estudios histológicos y moleculares, que la distinguen de otras formas de colitis y de las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas. El diagnóstico es complejo y suele retrasarse debido a su presentación clínica inespecífica y a menudo con hallazgos endoscópicos normales, por lo que la biopsia colónica sistemática es esencial.

Existe una fuerte asociación con enfermedades atópicas, especialmente en adultos jóvenes, lo que refuerza la necesidad de una evaluación integral del paciente, incluyendo antecedentes alérgicos y exposición a medicamentos o alimentos desencadenantes.

# ¿La manera en la que nacemos afecta nuestra microbiota?

**Dra. Adriana Ramos Rodríguez**

Médico pediatra

La microbiota humana, especialmente la intestinal, es el conjunto de microorganismos que habitan nuestro cuerpo y cumplen funciones esenciales para la salud. Uno de los momentos más determinantes para su desarrollo ocurre al nacer. De hecho, la forma en que llegamos al mundo, ya sea por parto vaginal o por cesárea, tiene un impacto profundo en la composición inicial de nuestra microbiota.

Durante el parto vaginal, el bebé entra en contacto con las bacterias de la microbiota vaginal y fecal de la madre, lo que permite una colonización rica y diversa, predominada por bacterias beneficiosas como *Lactobacillus* y *Bifidobacterium*. Esta exposición inicial es clave para el desarrollo del sistema inmunológico del bebé y para la maduración del intestino.

En contraste, los bebés nacidos por cesárea suelen colonizarse con microorganismos presentes en la piel de la madre, el personal médico y el ambiente hospitalario. Esto puede llevar a una microbiota menos diversa y con menor presencia de bacterias



## Contacto

**Instagram:** @dra.adriramos

**Facebook:** Dra. Adri Ramos Pediatra

**TikTok:** @dra.adriramos

consideradas protectoras. Algunos estudios han relacionado esta diferencia con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades inmunológicas como alergias, asma, obesidad o diabetes tipo 1 más adelante en la vida.

Además, otros factores como la lactancia materna, el uso de antibióticos y el tipo de alimentación complementaria influyen en la evolución de la microbiota durante los primeros años, pero el punto de partida está estrechamente ligado al tipo de nacimiento.

Si bien la cesárea es una herramienta valiosa y a veces necesaria para proteger la vida de la madre y el hijo, es importante conocer sus implicaciones sobre la microbiota para tomar decisiones informadas.

En conclusión, nacer por parto vaginal o por cesárea marca el inicio de una relación única con los microorganismos que nos acompañarán toda la vida, influyendo desde los primeros días en nuestra salud presente y futura.

# De visita en Puerto Vallarta

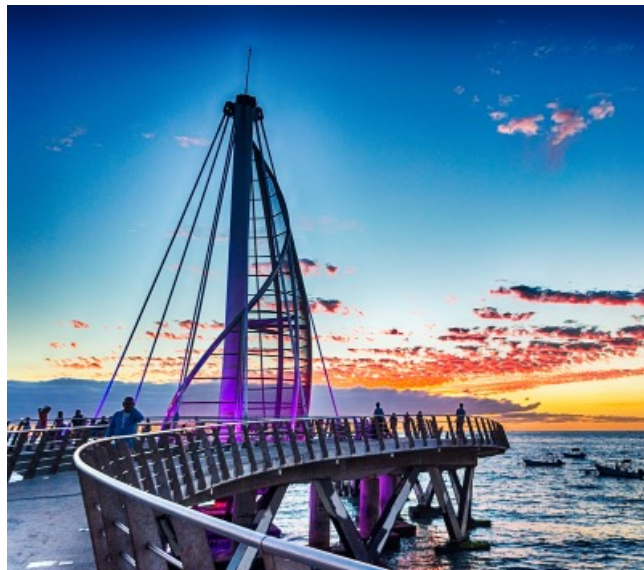
**Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes**

Este septiembre próximo, además de asistir a nuestra Reunión Nacional que se llevará a cabo del 13 al 17 de ese mes, debemos tomar en cuenta la amplia gama de actividades turísticas y gastronómicas que Puerto Vallarta tiene para nosotros.

“Ritmos de la noche” es una experiencia nocturna que se realiza en la reserva natural Las Caletas, a la cual se llega en barco desde la marina. Es un crucero al atardecer que atraviesa Bahía de Banderas hasta llegar a Las Caletas, en el que se presenciara un show llamado “Alma” que combina danza, música, acrobacias y una historia de las raíces indígenas. Después del show se tendrá una cena gourmet al aire libre. La duración aproximada de toda la experiencia hasta el regreso a la marina es de cinco horas aproximadamente y no hay que olvidar llevar repelente de moscos.

Asimismo, existen varias opciones recorridos en crucero, velero o catamarán a lo largo del día por la Bahía de Banderas, con opción de alimentos y bebidas incluidas, así como tours temáticos como el Barco Pirata que es un crucero inmersivo para toda la familia.

Puerto Vallarta cuenta con amplia gama de opciones de ecoturismo, como precisamente la reserva de Las Caletas, que cuenta con zonas de relax o de aventura como tirolesas y toboganes. Existen varias opciones de tirolesas, cuatrimotos por la selva, cabalgata en la playa, rapel, acuamotos, snorkeling, etcétera, para las cuales hay lugares cercanos a la ciudad. Ya sea que se puedan adquirir en los mismos hoteles, reservando con antelación en páginas turísticas o caminando por el centro de la ciudad, se tendrá infinidad de oportunidades para agendarlos.



Un lugar imperdible y cercano son las islas Marietas, que se visitan desde Punta Mita y requiere forzosamente reservación previa ya que son una área protegida. Sayulita es un Pueblo Mágico que se encuentra a una hora de camino, pero vale la pena ya que es un destino favorito del turismo internacional por su ambiente que parece detenido en el tiempo y libre de estrés.

Dentro de la opción de centros comerciales, La Isla es perfecta para una tarde de paseo en familia entre sus pasillos, con tiendas y restaurantes, ya sea para una comida formal o un pequeño snack.

El centro de la ciudad tiene ese encanto mexicano, mezclado con boutiques de arte, cafés *aesthetic*, bares locales, restaurantes de comida local e internacional, e infinidad de lugares para tomar fotografías con vistas hacia el mar o la montaña. Existen tours de experiencias inmersivas de café, chocolate, alfarería, vino, cerveza, etcétera.

Entre algunos de los restaurantes que se deben visitar están La Leche, Café Des Artistes, La Pesca, Abulón, Barcelona Tapas, 8 Tostadas, El Coleguita, La Vaca Argentina, Porfirios, Casa Iguana, Azafrán, La Cappella, Lamara y Casa Kimberly, que es la antigua casa de Elizabeth Taylor y Richard Burton.

No olvidar la opción de spas y hoteles boutique como One and Only Mandarin, Rosewood Mandarin, El Tigre golf and Resort y el JW Marriott, mientras que hacia la zona del centro y Zona Romántica hay pequeños hoteles y spas dignos de ser visitados.

En cuanto a diversión nocturna, en la zona del malecón se encuentran muchas opciones de bares y pequeños lugares de encuentro para bailar, beber y convivir con personas nacionales y extranjeras, y hacia la Zona Romántica se encuentran opciones para la comunidad LGBT con shows drag, bares y cafeterías.



## COSTOS DE INSCRIPCIÓN

### SOCIOS AMETED

PAQUETE CURSO Y CONGRESO

\$2,000.00

CURSO DE POSGRADO

\$ 1,500.00

CONGRESO

\$ 1,500.00

HANDS ON

\$500.00

### NO SOCIOS

PAQUETE CURSO Y CONGRESO

\$ 3,000.00

CURSO DE POSGRADO

\$ 1,750.00

CONGRESO

\$ 1,750.00

HANDS ON

\$750.00

### CUPO LIMITADO



+52 5573692844

+52 481 1222516



INSCRIPCIÓN AL  
HANDS ON

[ametedmexico@gmail.com](mailto:ametedmexico@gmail.com)



# IX CONGRESO NACIONAL

PARA ENFERMEROS, TÉCNICOS Y MÉDICOS  
DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

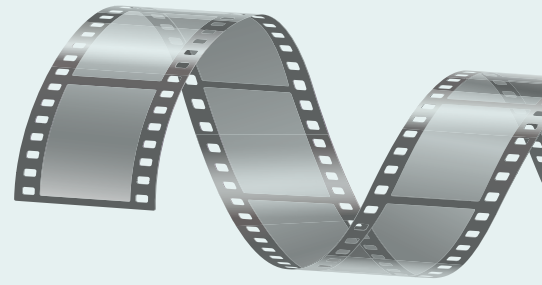
ENDOSCOPIA DE VANGUARDIA, LA VISIÓN  
DEL FUTURO EN EL CUIDADO DEL PRESENTE

13 al 15 Septiembre

Puerto Vallarta, Jal. Méx.

SEDE

Centro de Convenciones



# Déjame estar contigo

**Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes**

Se trata de una historia romántica, con un tema ya contado, pero con un giro. Primero, *Déjame estar contigo* es una película mexicana con actores jóvenes emergentes. Y segundo, trata de un tema muy acorde a la realidad actual: los migrantes.

La historia es acerca de Bruno, un chavo de 18 años que es ilegal en Estados Unidos, quien es deportado. Su familia se queda en Texas y él llega a México, país que ya no conoce y en el que no tiene ningún familiar.

Llega a la Ciudad de México porque le dijeron que era “la ciudad menos peligrosa”. Ahí encuentra un albergue donde sólo puede estar una semana, por lo que necesita encontrar trabajo.

Bruno entra a un *call center* gracias al dominio del inglés y en una de esas llamadas le contesta Lucía, una joven también de 18 años con una personalidad única. Gracias a la regla del trabajo que dicta: “la llamada no se acaba hasta que el cliente cuelga”, la plática se prolonga por horas. Después de esta larga conversación deciden conocerse en la vida real y Lucía se encarga de mostrarle a Bruno la ciudad y, de paso, le da algunos consejos de vida que, para una chava de 18 años, podría parecer que ha vivido mucho.

Posteriormente se revela la razón: Lucía tiene una malformación arteriovenosa cerebral que ha ido creciendo y es inminente que se rompa. Está fuera de tratamiento, por lo que, a su corta edad, ha aprendido a ver la vida y, sobre todo, a vivirla de manera diferente. Esto se lo transmite a Bruno, quien ve que su vida ha acabado por no seguir viviendo “el sueño americano”. Entre ellos surge el evidente romance, se aprenden las lecciones de vida que cada uno tenía por aprender, con el desenlace esperado.

Si bien la trama no es novedosa, las historias son muy actuales y la actuación de Bruno es buena. El giro de cómo una persona con una enfermedad “terminal” logra que otra persona sana, quien pensaba que su vida llegaba a su fin, resurja, dándole ánimos para buscar nuevos horizontes, es algo que nunca se debe dejar de contar. La resiliencia de muchos de nuestros pacientes es algo de admirar y reconocerles, muchos de ellos la tienen como parte de su personalidad, pero quizá otros no y podemos considerar la ayuda de la tanatología para que la logren.

La película solamente es entretenida, pero el mensaje de la misión de vida de Lucía hacia Bruno es lo que deja huella.