

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

EN INTESTINO DELGADO

Importancia clínica de los cambios mucosos del intestino delgado en pacientes con CH y sospecha de SHID

Enfriamiento de la papila mayor con agua helada durante la CPRE. ¿Disminuye el riesgo de pancreatitis posCPRE?

Ampulectomía endoscópica, el abordaje de elección en el ampuloma duodenal

El drenaje de la vesícula biliar guiada por ultrasonido endoscópico como rescate en la obstrucción biliar maligna



Tumor inadvertido en cirugía



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. Valeria Araújo de Sousa

Dra. Claudia Patricia Carvalho Guevara

Dra. Gretel Casillas Guzmán

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dra. Camille Fernandes Aguiar

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dr. Claudio Iglesias

Dr. Jesús Adrián Marrero Marroquín

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dra. Raquel Palos Cuéllar

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dr. José de Jesús Soto Durán

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Rodrigo Velázquez de la Vega

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

Dra. Raquel Palos Cuéllar / Dr. Rodrigo Velázquez de la Vega

CALIDAD EN ENDOSCOPIA

8 Papel del ultrasonido endoscópico en los padecimientos de la vía biliar

Dra. Mónica Reyes Bastidas

EN VÍA BILIAR

10 Enfriamiento de la papila mayor con agua helada durante la CPRE.

¿Disminuye el riesgo de pancreatitis posCPRE?

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

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

13 Ampulectomía endoscópica, el abordaje de elección en el ampuloma duodenal

Dr. Jesús Adrián Marrero Marroquín / Dr. José Miguel Espinosa González

EN INTESTINO DELGADO

16 Importancia clínica de los cambios mucosos del intestino delgado en pacientes con CH y sospecha de SHID

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

ENDOSCOPIA EN GENERAL

18 Lo que el endoscopista debe saber sobre la esofagitis eosinofílica

Dra. Gretel Casillas Guzmán

ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

22 Uso de ácido acético posextracción endoscópica de batería de botón impactada en el esófago pediátrico: estrategia para la reducción de la lesión cáustica

Dra. Camille Fernandes Aguiar / Dra. Valeria Araújo de Sousa / Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez /

Dr. Claudio Iglesias

RETOS DE LA ENDOSCOPIA

25 “La equidad como camino para el éxito”

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

31 El drenaje de la vesícula biliar guiada por ultrasonido endoscópico como rescate en la obstrucción biliar maligna

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

IMAGEN / CASO DEL MES

34 Tumor inadvertido en cirugía

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

MITOS EN MEDICINA

36 Anestesia: desvelando la verdad detrás de los mitos comunes

Dr. José de Jesús Soto Durán

MEDI-CINE

38 Together, pero no tan literal

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Estimados socios, amigos y colegas:

Nos encontramos en la recta final de este ciclo 2025 y estamos preparando con mucho esfuerzo y dedicación nuestra próxima Reunión Nacional que, como ya saben, se llevará a cabo en el bellissimo Puerto Vallarta, en el Centro Internacional de Convenciones.

El cerrar ciclos es un proceso importante y determinante. Todo el programa académico que se les planteó hace un año en Acapulco, Guerrero, se ha visto concretado, con más de diez cursos LIEEG, todos exitosos, con mucha asistencia de endoscopistas para perfeccionamiento de los diferentes tópicos, con la ayuda de excelentes profesores, jóvenes y también consolidados, para poder compartir sus conocimientos y expertise. También la realización de dos guías de buena práctica endoscópica, con temas innovadores como la Guía de Accesos Enterales y Nutrición, en conjunto con otras asociaciones filiales en el tema, y la segunda Guía de Actualización del Tamizaje del Cáncer de Colon.

Nuestras dos reuniones regionales: centro y norte, con sede en Puebla y San Luis Potosí, respectivamente, con un alto nivel académico, que es lo que más le ha interesado a esta Presidencia; el acervo académico y el impacto positivo en este punto en los socios; el evento de ECOS Endoscópicos Internacionales en el mes de julio, muy exitoso gracias a ustedes y con un récord histórico de más de 900 asistentes. Y ahora espero rebasar sus expectativas de nuestro magno evento, la Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal 2025, que tiene la asistencia de profesores



endoscopistas de alto nivel y todos de habla hispana, sin la limitación del idioma. Y otro punto que quiero mencionar es FEMSCOPE, comité con integrantes muy inquietas y con gran labor de equipo.

Disfrutar este ciclo fue muy enriquecedor y también complejo por los cambios que se dieron en la Asociación, pero con entusiasmo y compromiso de todos, en especial de Xochiquetzal Sánchez y Jony Cerna, que hicimos un gran equipo y que esto no hubiera funcionado sin su ayuda. Ojalá existieran más personas propositivas en la asociación sin esperar nada a cambio, pero los tiempos cambian y las posiciones de cada una de las personas son diferentes y válidas, dependiendo de la perspectiva. Gracias por confiar en mí en esta gestión, me despido de este proyecto cansada pero satisfecha.

Nos Vemos en Vallarta y les mando un afectuoso abrazo.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Presidente de la AMEG

"Liderazgo, Inclusión e Innovación"

Tiazopir®

menos dosis, **mayor** acción

NUEVO

Dexrabeprazol es el isómero R+ de Rabeprazol

Es un inhibidor de la bomba de protones (inhibición específica de la enzima $H^+K^+ATPasa$)



- > **Úlcera gástrica**
- > **Úlcera duodenal** activa
- > Enfermedad por reflujo gastroesofágico (**ERGE**) sintomática erosiva o ulcerativa ⁽¹⁾

Dosis:
1 tableta de liberación retardada de 10 mg

1 vez al día

TIAZO-01A-24

NO. DE ENTRADA: 2511032002C00002

BIBLIOGRAFÍA:

1, Abdo-Francis JM, Cabrera-Alvarez G, Martínez-Jorres H, Remes-Troche JM. Efficacy and safety comparative study of dexrabeprazole vs. esomeprazole for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Gac Med Mex*. 2022;158(5):425-429. English, doi: 10.24875/GMM.20000722. PMID: 36657136
2, Pai V, Pai N. Randomized, double-blind, comparative study of dexrabeprazole 10 mg versus rabeprazole 20 mg in the treatment of gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol*. 2007 Aug 14;13(30):410-2. doi: 10.3748/wjg.v13.i30.4100. PMID: 17656223; PMCID: PMC4203312

Revisar IPP:



Cetus®

Senosiain®

Las perforaciones en el tubo digestivo siempre son un riesgo y ¡debemos estar preparados!

- Una de las mayores complicaciones en cualquier procedimiento endoscópico es la perforación, ya que puede comprometer el procedimiento o, peor aún, la vida del paciente; sin embargo, en la actualidad existen varias opciones para enfrentar este problema.
 - Lo necesario: tener un equipo bien organizado, dispositivos y un protocolo de perforación son esenciales para un manejo efectivo sin caer en pánico, en especial cuando ocurre en escenarios inesperados.
 - El endoscopista debe conocer sus límites, contar con servicios de apoyo, tanto dentro como fuera del hospital, en caso de que el paciente requiera un siguiente nivel de atención médica.
- Dentro de los primeros pasos:
 1. Reconocer la situación e informar al resto del equipo.
 2. ¿Se está usando CO₂?
 3. El endoscopista debe limpiar y succionar cualquier contenido luminal que pueda contaminar la cavidad peritoneal o el mediastino.
 4. Administrar antibióticos IV contra gram-negativo y anaerobios.
 5. Determinar la causa y morfología de la perforación: ¿se puede manejar endoscópicamente?, ¿tengo el material necesario?, ¿es necesaria la intervención quirúrgica?

¿Quieres saber más?

- No te pierdas la conferencia “Manejo endoscópico de perforaciones” por el Dr. Mohamed O. Othman en la LIII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal, del 13 al 17 de septiembre de 2025 en Puerto Vallarta, Jalisco.

 Síguenos: @endosco_pig



Conoce a nuestros socios del país

Dra. Raquel Palos Cuéllar

Soy originaria de Guadalajara, Jalisco. Mi formación como médico inició en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la Universidad de Guadalajara y posteriormente tuve la oportunidad de cursar la especialidad de medicina interna en el Hospital Civil de Tepic “Dr. Antonio González Guevara”, con el aval de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Continué mi formación realizando la subespecialidad en gastroenterología, así como dos altas especialidades: una en endoscopia gastrointestinal diagnóstica-terapéutica y otra en ultrasonido endoscópico, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, con el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Soy miembro de la Asociación Mexicana de Endoscopia (AMEG), de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG), de la Sociedad de Gastroenterología de Jalisco y de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE).

Actualmente me desempeño como médico adscrito de la Unidad de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”, así como médico adscrito al servicio de Endoscopia del Hospital General de Zona número 89 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

He tenido la fortuna de contar con maestros excelentes en cada una de las áreas que decidí estudiar. Me esfuerzo todos los días para seguir mejorando y para ofrecer una consulta asertiva, un trato cálido y humano, siempre con respeto, honestidad y empatía.



Contacto

Núcleo médico APG, consultorio 2
Calle Siete Colinas 1387, Col. Independencia,
Guadalajara
Teléfono consultorio: 3338013943
Celular: 3311127029
Instagram: @dra.raquelpalosc
Correo: dra.raquelpaloscuellar@gmail.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Dr. Rodrigo Velázquez de la Vega

Soy cirujano general egresado del Hospital General Dr. Manuel Gea González y realicé la alta especialidad en endoscopia gastrointestinal en el mismo hospital. Estoy certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General y Gastroenterología, y soy miembro de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), de la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG), de la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica (AMCE) y de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

Actualmente resido en la ciudad de Aguascalientes, donde llevo a cabo mi práctica privada en el Hospital Star Médica realizando procedimientos quirúrgicos, endoscópicos e híbridos con mayor énfasis en patología de la vía biliar. Realizo mi practica institucional en el Hospital General ISSSTE Aguascalientes como jefe del Servicio de Cirugía y profesor adjunto del curso de especialidad en cirugía general.

Cuento con equipo Olympus EVIS X1 para realizar diagnóstico endoscópico más preciso, además de Spyglass® y litotricia electrohidráulica, entre otras herramientas endoscópicas.

Contacto

Star Médica Aguascalientes
Consultorio 311
Tel: 449 9036819
Instagram: @dr.rodrigovelazquezdelavega



Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Papel del ultrasonido endoscópico en los padecimientos de la vía biliar

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Hospital Ángeles Culiacán. HGR1 IMSS

La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es reconocida como tratamiento de primera línea para el manejo, tanto de obstrucción biliar benigna como maligna, con un éxito técnico mayor a 90% y con menor morbilidad si la comparamos con el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, existen casos donde la anatomía se encuentra modificada y es imposible acceder (por ejemplo, estenosis pilórica, diverticulosis duodenal severa, deformidad papilar).

Tradicionalmente, el drenaje biliar transhepático percutáneo (DBTP) ha sido el abordaje de segunda línea en estos casos, pero tiene un mayor índice de eventos adversos: hemorragia, migración de la(s) prótesis y peritonitis. Es por esto que se requieren otras alternativas endoscópicas.

El ultrasonido endoscópico (USE) brinda una imagen con mayor resolución de los sitios anatómicos inaccesibles y, además, es considerado una alternativa mínimamente invasiva de drenaje biliar. Se puede acceder al árbol biliar obstruido a través de lúmenes gastrointestinales (con frecuencia estómago o duodeno) y basándose en anatomía biliar, localización de la estenosis, cirugía gastrointestinal superior previa y preferencia del endoscopista.

Asimismo, las técnicas terapéuticas del USE se han adaptado para llevar a cabo drenajes de vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda que no son candidatos para colecistectomía. A continuación se describen recomendaciones basadas en evidencia para el uso de USE en el manejo de padecimientos de la vía biliar:

1. En pacientes con obstrucción biliar y que no se pudo resolver con CPRE, ¿cuál es la evidencia del drenaje biliar guiado por USE (DB-USE) comparado con DBTP?

La American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) sugiere llevar a cabo DB-USE sobre DBTP para resolver estos casos (*recomendación condicionada, evidencia de calidad baja*).

Conceptos generales: se prefiere el procedimiento de rendez-vous guiado por USE en comparación con la coledocoduodenostomía guiada por USE (CDS-USE) o hepaticogastrostomía guiada por USE (HGS-USE) en casos de sospecha de enfermedad benigna. Se prefiere DBTP en pacientes que son hemodinámicamente inestables, que no toleran la anestesia general o tienen una obstrucción biliar maligna y no está disponible el DB-USE (por falta de experiencia o entrenamiento).

2. En pacientes con obstrucción biliar distal maligna y que no se pudo resolver con CPRE, ¿cuál es la evidencia de HGS-USE comparado con CDS-USE para resolverlo?

La ASGE sugiere que cualquiera de los dos procedimientos debe llevarse a cabo para resolver la obstrucción biliar (*recomendación condicionada, evidencia de calidad baja*).

Conceptos generales: se prefiere a CDS-USE si existe compromiso gástrico maligno y esto compromete los sitios de punción para llevar a cabo un HGS-USE. Y en el caso de HGS-USE es elegido si se observa afectación del duodeno o si ya

existe la presencia de una prótesis enteral y esto compromete también los sitios de punción o si existe una estenosis proximal al píloro o, incluso, una estenosis biliar proximal.

3. En pacientes con cirugía de *bypass* en Y de Roux que requieren de drenaje biliar, ¿cuál es la evidencia de CPRE transgástrica dirigida por USE (EDGE) en comparación con CPRE dirigida por laparoscopia (CPRE-LA) y CPRE asistida por enteroscopia (CPRE-E)?

La ASGE sugiere llevar a cabo EDGE en lugar de CPRE-E o CPRE-LA para resolver la obstrucción biliar (*recomendación condicionada, evidencia de calidad muy baja*).

Conceptos generales: se prefiere EDGE en pacientes con

sospecha de ampuloma o necesidad de repetir la CPRE. CPRE-LA puede preferirse para pacientes que requieren cirugía en un futuro próximo (por ejemplo, colecistectomía).

4. En pacientes con obstrucción biliar y anatomía modificada (no *bypass* gástrico), como (hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, pancreaticoduodenectomía o reconstrucción Billroth II), ¿cuál es la evidencia de DB-USE en comparación con CPRE-E o DBTP para resolver una obstrucción biliar?

La ASGE sugiere CPRE-E como abordaje inicial. Si no se logra el éxito, ASGE opta por DB-USE o drenaje biliar percutáneo (*recomendación condicionada, evidencia de calidad baja*).

Número ECOS 2025

ENDOSCOPIA

Accede
a la revista



ENDOSCOPIA

VOLUMEN 34 - NÚMERO 4 / Octubre-Diciembre 2022 - ISSN: 0188-9893

www.endoscopia-ameg.com

Artículos originales

Adenoma detection rate in gastroenterology residents: a retrospective study in a gastroenterology clinic

José L. Herrera-Espinoza, Diego García-Campana, Raúl A. Jiménez-Gutiérrez, Fernando García-Villaverde, María F. Castiella-Morales, Gracia C. Ceballos-Velázquez, Sofía Rodríguez-Ibarra, Raúl J. Brón-Aranda, Omar D. Borja-Alegre, Hector J. Maldonado-García, José D. López-Santana, and José A. González-González

Influencia de la técnica de muestreo en los resultados microbiológicos obtenidos de endoscopías: Neutrofilos representados

Jorge Carlos Cardona, Rachel Campos-Jiménez, Juan Manuel Bello-López, Miguel Ángel Leyla-Cruz, Oscar Sosa-Hernández, Clemente Cruz-Cruz, Emilia Reyes-Duque-Morales y Gabriela Saldaña-Cervantes

Artículo de revisión

Pancreatitis aguda recurrente: abordaje y tratamiento endoscópico

Enrique Murcio-Pérez

Casos clínicos

Tumor neuroendocrino gástrico: manejo de manera endoscópica, un caso de éxito

M. Victoria Arellano-Corralillo, Mónica Herrera-Morales, Omar Sosa-Sánchez y Manuel E. Lugo-Rodríguez

Sangrado de tubo digestivo como manifestación de melanoma metastásico

Sofía Rodríguez-Ibarra, Fernando García-Villaverde, Jacqueline P. Brón-Aranda, José L. Herrera-Espinoza, José A. González-González y Hector J. Maldonado-García

Rendezvous technique and self-expandable metal stent for afferent limb syndrome

Hector J. Maldonado-García

Rendezvous technique and self-expandable metal stent for afferent limb syndrome

Jorge Aguilar-Pérez, Ena Juárez-Hernández, and Juan López-Méndez

Successful re-intervention with antegrade insertion of the metal stent into the hepaticojejunostomy

José L. Herrera-Espinoza, Ena Juárez-Hernández, and Iván López-Méndez

Tarjeta combinada con coil y clonazepam guiada por ultrasonido endoscópico en una vena gástrica fundica

José L. Herrera-Espinoza, Ena Juárez-Hernández, and Iván López-Méndez

Tratamiento combinado con coil y clonazepam guiada por ultrasonido endoscópico en una vena gástrica fundica

José L. Herrera-Espinoza, Ena Juárez-Hernández, and Iván López-Méndez

Imágenes de hallazgos endoscópicos, radiológicos e histológicos en colitis isquémica: reporte de un caso

Oscar Sosa-Hernández, María E. Torres-Oblado, Martín Rojas-Rodríguez y Dulcis Díaz-Báez

Cartas al editor

Predicadores no invasivos de vórices esofágicas y otros hallazgos endoscópicos de hipertensión portal

en pacientes con hepatopatía crónica

Enrique Murcio-Pérez, Ena Juárez-Hernández, and Iván López-Méndez

Predicadores no invasivos de vórices esofágicas y otros hallazgos endoscópicos de hipertensión portal

en pacientes con hepatopatía crónica. Respuesta a carta al autor

Ruth L. Robles-Rodríguez, Rubén Gutiérrez-Alvarado, Iván González-Hernández y Oscar Sosa-Hernández



Enfriamiento de la papila mayor con agua helada durante la CPRE. ¿Disminuye el riesgo de pancreatitis posCPRE?

Dr. Jony Cerna Cardona

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Hospital Juárez de México

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento indispensable para el tratamiento de la patología biliopancreática. Una adecuada selección e indicación del procedimiento disminuye la incidencia de complicaciones. La tasa de eventos adversos se estima entre 5% y 10%, siendo la pancreatitis posCPRE (PPC) una de las más frecuentes (3.5% a 9.7%) con tasas de gravedad y mortalidad del 0.04%-0.2% y del 0.1%-0.7%, respectivamente.¹

Las principales estrategias en la prevención incluyen: a) administración de AINEs por vía rectal; b) hidratación agresiva con lactato Ringer y c) colocación de prótesis pancreática² (Tabla 1). Recientemente se ha planteado la posibilidad de que el enfriamiento de la papila mayor con agua helada pudiera ser una opción para reducir el riesgo de PPC.

AINE'S vía rectal

- Mecanismo poco claro.
- Bloquean o moderan la cascada inflamatoria inhibiendo fosfolipasa A2 relacionada con el desarrollo de PPC.
- Indometacina rectal 100mg.

Hidratación agresiva con Lactato Ringer

- Reduce la inflamación sistémica.
- EL pH neutro del LR, disminuye la acidosis que puede perpetuar la inflamación sistémica (activa los zimógenos).
- 3ml/kg/hora durante procedimiento, bolo 20 ml/kg posterior a procedimiento, 3 ml/kg/h próximas 8 horas.

Prótesis pancreática

- Reduce la presión dentro del conducto pancreático.
- Colocarse en casos de alto riesgo.

Tabla 1. Mecanismo de acción de las estrategias de prevención de pancreatitis posCPRE.^{1,2}

El enfriamiento es ampliamente conocido por su eficacia en el tratamiento de la inflamación aguda y el edema en quemaduras, por lo que, de igual manera, se ha planteado la hipótesis de que enfriar la papila de Vater ayuda a reducir el edema papilar, que se considera la principal cau-

sa de la PPC. El mecanismo por el cual el enfriamiento previene el edema no se comprende bien, pero se especula que reduce la cantidad de energía térmica impartida al tejido, reduciendo así el daño.³

Se inyecta un total de 250 ml de agua helada con una jeringa de 50 ml (cinco

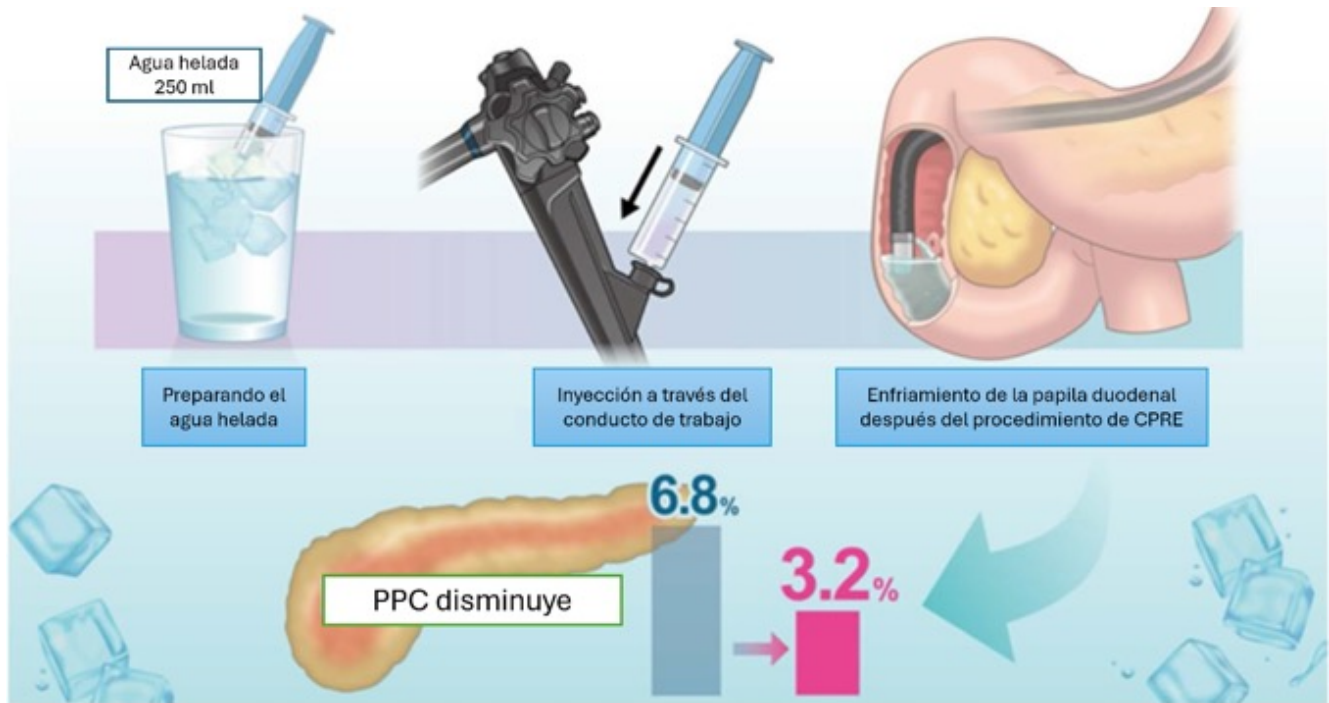


Diagrama 1. Enfriamiento de la papila mayor con agua helada. Técnica e impacto en la reducción de la pancreatitis posCPRE (modificado bibliografía 5).

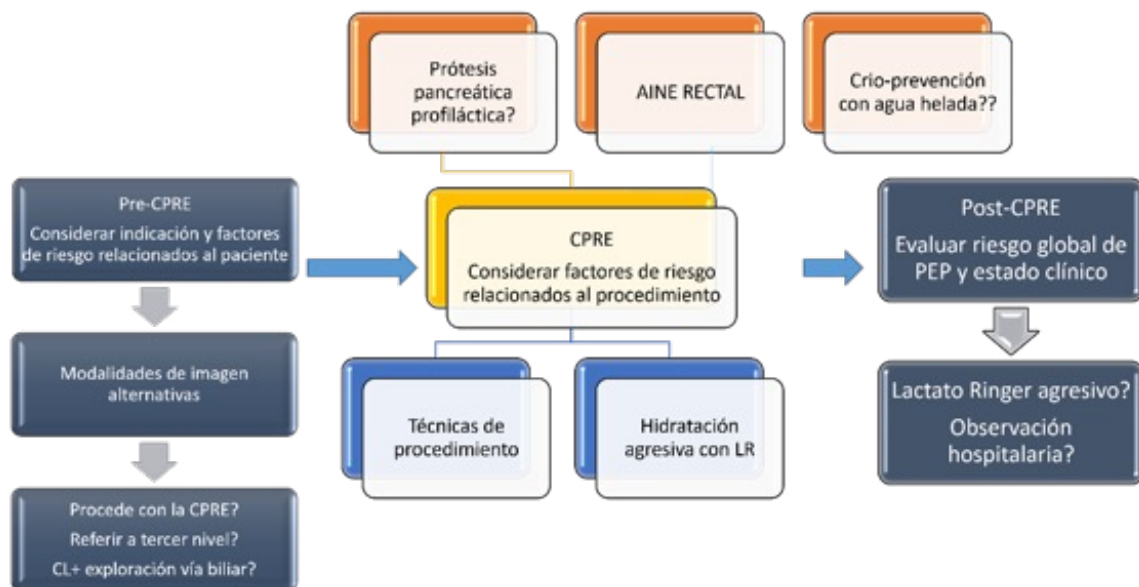
veces) hacia la papila al final de la CPRE. Se aspira líquido duodenal después de cada inyección de 50 ml de agua helada y se repite la inyección (Diagrama 1). En 2022, Azuma y cols. realizaron un estudio que evaluó esta hipótesis. Se incluyeron cien pacientes con papilas nativas a los que se les irrigó agua helada a la papila mayor a través del conducto de trabajo del duodenoscopio al final de la CPRE y se compararon con cien casos previos a

los que se realizó CPRE sin enfriamiento de la papila. La incidencia de PPC tendió a ser menor en el grupo de estudio (4%) que en el grupo control (11%) ($p=0.060$). La incidencia de PPC se redujo significativamente en pacientes sometidos a esfinterotomía biliar ($p=0.033$). Todos los casos de PEP fueron leves.

Los autores concluyen que el enfriamiento de la papila mayor con agua helada es seguro sencillo, económico y podría

reducir el riesgo de PPC.⁴ En un estudio aleatorizado controlado multicéntrico (ensayo clínico simple ciego), que incluyó a 880 adultos con papilas nativas sometidos a CPRE en ocho centros de Japón, se eliminaron tres y se analizaron un total de 877 (434 grupo de criopreención y 443 en el grupo control).

La incidencia de PPC fue significativamente menor en el grupo de criopreención (3.2%; IC del 95%: 1.7%-5.4%)



Flujograma 1. Estrategias de prevención de la pancreatitis posCPRE.^{1,2,5}

que en el grupo control (6.8%; IC del 95%: 4.6%-9.6%) ($p=0.02$), con reducciones del riesgo absoluto y relativo del 3.6% y del 52.4%, respectivamente. Un paciente del grupo control falleció por PPC grave. No se reportaron eventos adversos relacionados con la crioprevención.

En conclusión, el enfriamiento con agua helada reduce de manera significativa la incidencia de PPC, es una estrategia segura, eficaz y económica, por lo que puede considerarse como una estrategia

costo-efectiva dentro de las herramientas para prevenir esta complicación relacionada a la CPRE (Flujograma 1).

Referencias

1. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, Beyna T, Dinis-Ribeiro M, Hritz I, Mariani A, *et al.* ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy*. 2020;52(2):127–49.
2. Morales Sh. *et al.* A Review of Prevention of Post-ERCP Pancreatitis. *Gastroenterol & Hepatol* 2018;14:286-292
3. Wright EH, Harris AL, Furniss D. *Cooling of burns: mechanisms and models*. *Burns*. 2015;41(5):882–9.
4. Azuma, S., Kurita, A., Katayama, T. *et al.* Cooling the papilla with ice water in preventing post-ERCP pancreatitis (ice water challenge study). *Surg Endosc* 36, 6002–6006 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00464-021-08924-4>
5. Azuma S, Kobayashi Y, Harada R, Yane K, Sawada K, Tsujimoto A, Inatomi O, Matsumori T, Yoshimura K, Yazumi S, Kurita A. *Local Postprocedural Cryoprevention Significantly Reduces the Incidence of Post-ERCP Pancreatitis: A Multicenter Randomized Controlled Trial*. *Am J Gastroenterol*. 2025 Jul 10. doi: 10.14309/ajg.0000000000003644. Epub ahead of print. PMID: 40638082.

Ampulectomía endoscópica, el abordaje de elección en el ampuloma duodenal

Dr. Jesús Adrián Marrero Marroquín

Dr. José Miguel Espinosa González

Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Universitario de Puebla BUAP

Los tumores del ampulla de Váter comprenden una variedad de neoplasias ubicadas en la unión del conducto biliar común con el conducto pancreático. Representan el 2% del total de los tumores del tracto digestivo y tienen su origen en epitelio de tipo intestinal, pancreatobiliar o mixto.¹

El diagnóstico se realiza con sospecha clínica, cuyos síntomas pueden incluir ictericia, colangitis e, incluso, sangrado de tubo digestivo. Los estudios de extensión que se utilizan para la estadificación son la ultrasonografía endoscópica (USE), que tiene una sensibilidad de 63% a 89 % y especificidad de 87% a 98%, así como la ultrasonografía intraductal (IDUS), con una sensibilidad de 88% a 100% y especificidad de 75% a 93%. Para evaluar la extensión de la enfermedad se utiliza la tomografía computarizada y colangiografía resonancia magnética (CRM), sobre todo en casos con colestasis, neoplasias mayores a 2 cm, sirviendo también para documentar variantes anatómicas.²

La ampulectomía endoscópica comenzó a difundirse en la década de 1990 con el desarrollo de técnicas avanzadas de resección con asa. Las tasas de resección completa (R0) son del 76.6%, menores en comparación con la resección quirúrgica R0



Imagen 1. Tumor ampular. Se observa a la izquierda lesión con luz blanca estándar y a la derecha con filtro con tecnología NBI® (Narrow Band Image). Imagen tomada de la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla.

transduodenal y pancreato-duodenectomía (96.4% y 98.9%); en cambio, metaanálisis como el de Heise y colaboradores³ no encontraron diferencias entre los diferentes abordajes.⁴

La guía de la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) para tumores ampulares recomienda la resección endoscópica en bloque de tumores de hasta 30 mm de diámetro.⁵

La técnica de resección consiste en: 1) Inspección del ampulla con la finalidad de caracterizar consistencia, ulceración

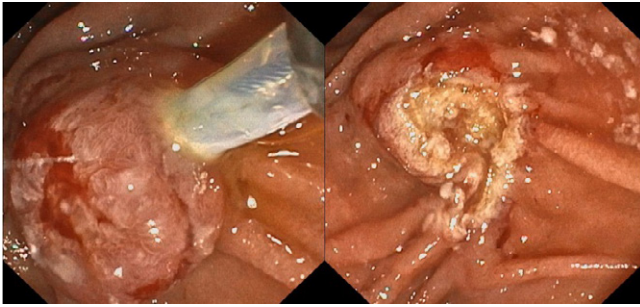


Imagen 2. Atrapamiento del ampulla en su totalidad y resección sin evidenciar hemorragia inmediata. Imagen tomada de la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla.

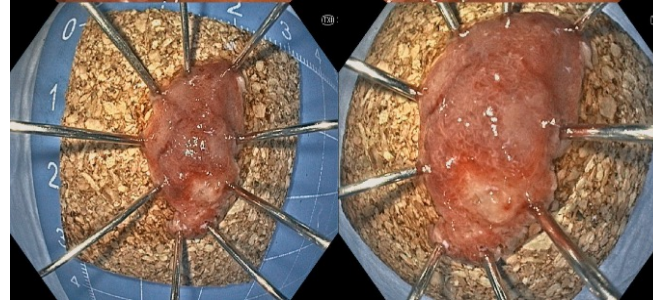


Imagen 3. Se observa pieza resecada en su totalidad. Imagen tomada de la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla.

y friabilidad, posteriormente, 2) Resección del tejido objetivo con asa de polipectomía aplicando energía de 45 a 60W y extensión de la lesión en bloque para su evaluación clínica e histopatológica; 3) Ablación de tumor residual; 4) Colocación de prótesis biliar; y por último, 5) Observación, en caso de presentar sangrado inmediato inyección de epinefrina y coagulación.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de displasia de alto grado en el ampulla de Vater. A la evaluación endoscópica, se observó la papila mayor con morfología alterada, sin salida de bilis y con cambios francos en el patrón mucoso vasculares a la cromoendoscopia digital NBI.

Con asa hexagonal de 35 mm, el ampulla se lazó en su totalidad y se resecó (EndoCutQ 2 3d-3i/ SoftCOAG 3.5), sin sangrado inmediato. Con esfinterotomo y guía hidrofílica se procedió a canular la vía biliar, tras inyección de medio de contraste se observó vía biliar intra y extrahepática dilatada, 20 mm en su porción mayor. Se colocó prótesis biliar plástica tipo Ámsterdam 10x10Fr con salida de bilis, con adecuado

vaciamiento de medio de contraste hacia duodeno, por lo que se dio por terminado el procedimiento sin documentar complicaciones.

Posteriormente se recabó resultado de patología describiendo un tamaño de 1x0.8x0.4 cm, neoplasia con patrón mixto, heterogénea, con displasia de bajo grado, conformada parcialmente por criptas irregulares con dilatación ocasional, cubiertas por epitelio cilíndrico simple con núcleo ovoide, estructuras glandulares irregulares, bordes laterales sin lesión, concluyendo: neoplasia ampular compatible con neoplasia tubular papilar intraampular.

Dentro de las potenciales complicaciones posteriores al procedimiento se encuentran perforación, pancreatitis, sangrado, estenosis y colangitis, siendo más frecuente la pancreatitis. Para minimizar estos riesgos se recomienda dieta líquida al menos 24 a 48 horas posterior al procedimiento y el uso de inhibidor de bomba de protones por al menos dos semanas.⁷

La resección endoscópica se ha consolidado con el paso del tiempo como una herramienta eficaz para la resección de

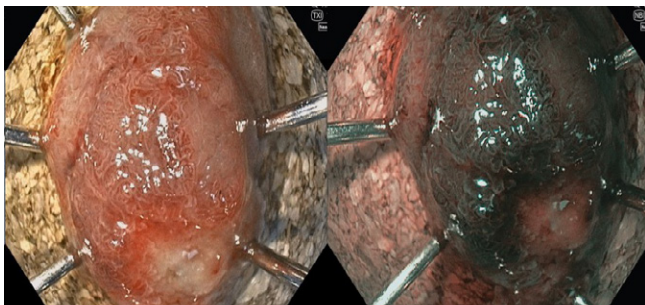


Imagen 4. Se observa pieza con acercamiento, utilizando TXI + Near Focus y NBI. Imagen tomada de la Unidad de Endoscopia del Hospital Universitario de Puebla.

tumores incipientes de la ampolla de Vater, con resultados similares a la resección quirúrgica; sin embargo, presenta una serie de ventajas como disminución de la morbilidad, menor tasa de complicaciones respecto al abordaje quirúrgico, que hacen que poco a poco se convierta en el estándar para la resección de lesiones incipientes.⁸

Referencias

1. Jarnagin WR, Allen PJ, Chapman WC, D'Angelica MI, DeMatteo RP, Do RKG, et al, editores. *Blumgart's surgery of the liver, biliary tract and*

- pancreas: volume 1 and 2. 7th edition.* Philadelphia, PA: Elsevier; 2023. 1p.
2. De Wilde AJ, De Jong EJM, Gurusamy KS, Abu Hilal M, Besselink MG, Dewulf MJL, et al. *Diagnostic accuracy of cross-sectional and endoscopic imaging in ampullary tumours: systematic review.* Br J Surg [Internet]. 3 de enero de 2024 [citado el 20 de julio de 2025];111(1).
3. Heise C, Abou Ali E, Hasenclever D, Auriemma F, Gulla A, Regner S, et al. *Systematic Review with Meta-Analysis: Endoscopic and Surgical Resection for Ampullary Lesions.* J Clin Med. 10 de noviembre de 2020;9(11):3622.
4. Igbinedion S, Tazinkeng N, Asafa-Agyei KO, Ezeani CB, Eze I, Mita C, et al. *S1255 Endoscopic vs Surgical Ampullectomy for Ampullary Adenomas: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Am J Gastroenterol. octubre de 2023;118(10S):S953-4.
5. Vanbiervliet G, Strijker M, Arvanitakis M, Aelvoet A, Arnelo U, Beyna T, et al. *Endoscopic management of ampullary tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.* Endoscopy. abril de 2021;53(04):429-48.
6. Kandler J, Neuhaus H. *How to Approach a Patient With Ampullary Lesion.* Gastroenterology. Diciembre de 2018;155(6):1670-6.
7. Campbell DR, Lee JH. *A Comprehensive Approach to the Management of Benign and Malignant Ampullary Lesions: Management in Hereditary and Sporadic Settings.* Curr Gastroenterol Rep [Internet]. septiembre de 2020 [citado el 20 de julio de 2025];22(9). Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s11894-020-00784-0>
8. Baroni LM, Funari MP, So Taa Kum A, Bestetti AM, De Oliveira LB, Carvalho MFD, et al. *Endoscopic Versus Surgical Treatment for Ampullary Lesions: A Systematic Review With Meta-Analysis.* Cureus [Internet]. el 22 de julio de 2024 [citado el 16 de julio de 2025].



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**.

Importancia clínica de los cambios mucosos del intestino delgado en pacientes con CH y sospecha de SHID

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, CDMX

La cirrosis hepática (CH) se considera un factor de riesgo para la hemorragia de intestino delgado (SHID), tanto oculta como evidente. En un estudio sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con SHID, la CH se identificó como un indicador asociado a un pronóstico desfavorable.

Las lesiones gastrointestinales asociadas a la hipertensión portal (HP) secundaria a CH comprenden várices esofágicas (VE), várices gástricas, várices rectales, gastropatía portal (GP) y colitis portal (CP).

Desde la introducción de la cápsula endoscópica (CE), también se han identificado lesiones de la HP en el intestino delgado (ID). Las alteraciones de la mucosa del ID asociadas con HP debido a la CH se conocen como enteropatía portal (EP). Endoscópicamente, la EP se observa como edema, erosiones o úlceras, eritema, angiectasias y várices, que pueden ser una causa de SHID oculta o manifiesta en pacientes con CH.

Ante la ausencia de información clara sobre la EP, Matsubara Y. y colaboradores¹ llevaron a cabo un estudio retrospectivo, cuyo objetivo principal fue analizar la relevancia clínica de las alteraciones en la mucosa del intestino delgado según la clasificación basada en CE en pacientes con CH y SHID.

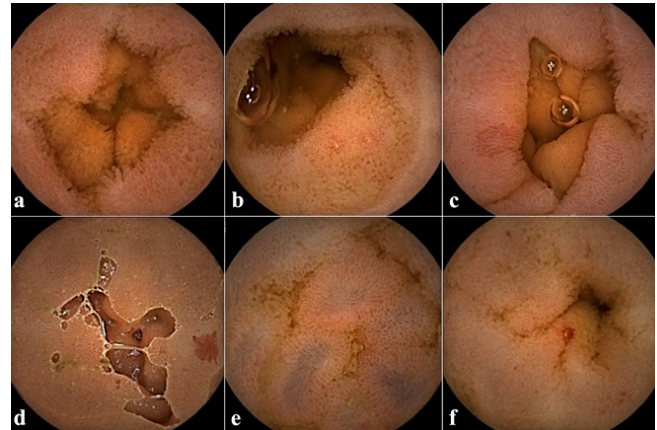


Imagen 1. Imágenes representativas de cápsula endoscópica de la enteropatía portal. Grado 1: lesiones inflamatorias en la mucosa. (a) Edema de las vellosidades, (b) erosión y (c) eritema. Grado 2: lesiones vasculares. (d) Angiectasia, (e) variz y (f) mancha rojo cereza.

Se estudiaron 165 pacientes con CH (96 hombres con edad media de 73 años), que fueron clasificados en dos grupos según las características de la CE: uno sin características de EP (Grado 0, n=32) y otro con estas características (n=133). Los 133 pacientes

Grado	Tipo de lesiones	%
Grado 1 N=101	Edema de vellosidades	74 (73)
	Eritema	48 (48)
	Erosión	23 (23)
Grado 2 N=32	Angiectasia	32 (100)
	Punto rojo	15 (47)
	Várices	2 (6)

Tabla 1. Hallazgos de cápsula endoscópica.

con características de EP se dividieron en dos grupos: aquellos con anormalidades de tipo inflamatorio (Grado 1, n=101) y aquellos con lesiones vasculares (Grado 2, n=32).

La EP se clasificó en Grado 0–2 según las características de la CE. Estos grados se establecieron de acuerdo con la clasificación propuesta por Palma y colaboradores.² El Grado 1 corresponde a lesiones inflamatorias, incluyendo erosiones, eritema y edema de las vellosidades. El Grado 2 se refiere a lesiones vasculares, como manchas rojo cereza, angiectasias y várices. Por otra parte, la ausencia de características de EHP se considera Grado 0 (Imagen 1).

Los objetivos primarios fueron comparar la tasa de sangrado del ID en el episodio de sangrado inicial y la tasa de resangrado del tracto gastrointestinal completo o sólo del ID entre los tres grupos basados en características de la CE. El objetivo secundario fue identificar los predictores de las características de la EHP de Grado 2.

De los 165 pacientes, 32 (19%) fueron clasificados como Grado 0, 101 pacientes (61%) como Grado 1 y 32 (19%) como Grado 2 (Tabla 1). No se observaron diferencias significativas entre los tres grupos respecto al sexo, la edad, los medicamentos administrados o la presencia de comorbilidades.

En relación con la función hepática, se observó que la proporción de pacientes clasificados como Child–Pugh C fue significativamente superior en el grupo con EP de Grado 2 (28%) en comparación con el grupo con EP de Grado 1 (7%). Los pacientes con EP Grado 2 presentaron niveles de Hb más bajos en comparación con los pacientes con EP grado 1. Asimismo, la proporción de personas que recibieron transfusiones sanguíneas fue mayor en el grupo con EP Grado 2 que en los grupos con Grado 0 y 1.

Durante el sangrado inicial, el 66% de los pacientes con EP Grado 2 presentó sangrado del ID, mientras que en los pacientes con EP Grado 0 o 1 fue del 3%. Adicionalmente, la tasa acumulada de resangrado de lesiones del intestino delgado a un año, posterior al episodio inicial, fue del 33% en pacientes con Grado 2, mientras que fue del 0% en quienes presentaban Grado 0 y 1. La presencia de angiectasia colorrectal, el estado Child–Pugh C y el antecedente de transfusión sanguínea se identificaron como predictores independientes de lesiones vasculares del ID.

Los resultados muestran que la clasificación de la EP basada en características de la CE puede ser útil para el manejo clínico. Por otro lado, los pacientes con angiectasia colónica observada en la colonoscopia, Child–Pugh C o antecedentes de transfusión sanguínea tienen mayor probabilidad de presentar lesiones vasculares en el ID y deben ser evaluados con CE.

Referencias

1. Matsubara Y, Tsuboi A, Shigenobu S, Hirata I, Takasago T, Tanaka H, Yamashita K, Hiyama Y, Takigawa H, Kishida Y, Murakami E, Urabe Y, Tsuge M, Kuwai T, Oka S. *Clinical Significance of Small-Bowel Mucosal Changes in Liver Cirrhosis Patients With Suspected Small-Bowel Bleeding: A Capsule Endoscopy Study*. J Gastroenterol Hepatol. 2025 Jul;40(7):1736-1744
2. G. D. de Palma, M. Rega, S. Masone, et al, "Mucosal Abnormalities of the Small- Bowel in Patients With Cirrhosis and Portal Hypertension: A Capsule Endoscopy Study". Gastrointestinal Endoscopy 62 (2005): 529–534.

Lo que el endoscopista debe saber sobre la esofagitis eosinofílica

Dra. Gretel Casillas Guzmán

Hospital San Ángel Inn Universidad
Hospital de Especialidades CMN SXXI

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad alérgica inflamatoria crónica tipo 2 que se presenta en niños y adultos, donde la endoscopia juega un papel fundamental en el diagnóstico, evaluación y seguimiento. El diagnóstico es histológico y se define como >15 eosinófilos por campo de alto poder.¹

¿En quién la sospechamos?

En adultos jóvenes o niños con antecedentes de atopia (rinitis alérgica, dermatitis atópica, urticaria crónica, etcétera) o alergias alimentarias, con disfagia o con impactación alimentaria.²

¿Cuál es el protocolo de biopsias cuando sospechamos EoE?

En 2022, la ASGE publicó un consenso donde recomienda la toma de al menos seis biopsias, que a su vez, deben ser obtenidas de al menos dos regiones, esto basado en la distribución heterogénea del infiltrado eosinofílico y otros hallazgos histológicos (hiperplasia epitelial, elongación de las papilas y degranulación de eosinófilos), idealmente de zonas con inflamación visible.^{1,3}

Se ha observado que en un mismo paciente hay variabilidad en la cuenta de eosinófilos normales y anormales en diferentes segmentos del esófago, por lo que se recomienda la toma en al menos dos segmentos de esófago. En un estudio donde se incluyeron 66 pacientes con EoE, la sensibilidad diagnóstica con cinco biopsias fue del 100% *vs* 55% con una sola biopsia.¹

En todos los estudios al respecto, se ha observado una mayor densidad de eosinofilia en el esófago distal que en el proximal, sin embargo, en un estudio publicado recientemente por Muftah y cols. en una corte de 511 pacientes (la mayor publicada hasta ahora), encontraron que el 10% de los pacientes no cursaban con eosinofilia distal y que, de haberse basado sólo en biopsias distales, el diagnóstico hubiera pasado desapercibido.

Otros hallazgos importantes de este estudio fueron que ningún paciente tuvo eosinofilia proximal aislada, es decir, de haberse tomado sólo biopsias distales, el diagnóstico se hubiera perdido en el 100% de los casos. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, las biopsias no sólo deben ser al menos en dos segmentos de esófago, sino idealmente en tres segmentos.⁴

Las recomendaciones de la ASGE además sugieren que en pacientes con sospecha de EoE, se tomen biopsias aún en mucosa aparentemente normal, ya que se ha visto que una mucosa con apariencia normal puede tener hallazgos compatibles con la enfermedad en 10% a 32% de los casos.⁵

En el contexto de estudio endoscópico por impactación alimentaria, la toma de biopsias es deseable con el protocolo descrito, evitando la zona donde estuvo impactado el alimento.¹

Dado que los mecanismos fisiopatológicos que generan EoE pueden estar presentes en otras mucosas, es deseable que en todo paciente con sospecha de EoE, también se tomen

Hallazgo	Descripción	Puntaje
Edema	Patrón vascular normal.	0
	Vascularidad disminuida o ausente.	1
	Ausente.	0
Anillos	Leve: visible sólo a la insuflación.	1
	Moderada: fácilmente visible sin insuflación y permite el paso del endoscopio.	2
	Grave: incapacidad para pasar el endoscopio.	3
Exudado	Ausente	0
	Leve: exudado blanco que afecta <10% de la superficie esofágica.	1
	Grave: exudado blanco que afecta más del 10% de la superficie esofágica.	2
Surcos	Ausente.	0
	Presente.	1
Estenosis	Ausente.	0
	Presente.	1

Tabla 1. Escala EREFS.

biopsias gástricas y de duodeno para descartar gastritis o enteritis eosinofílica, sobre todo si se presentan datos endoscópicos como nodularidad, ulceración, eritema o apariencia anormal. Por otro lado, se ha reportado la coexistencia de enfermedad celiaca y EoE, hecho que sustenta la toma de biopsias duodenales en pacientes con sospecha de EoE.⁶

¿Cómo describo los hallazgos endoscópicos?

Debe utilizarse la escala EREFS para la evaluación endoscópica, ya que proporciona una referencia objetiva y estandarizada de los hallazgos endoscópicos principales en EoE: edema, anillos, exudados, surcos y estenosis (EREFs por sus siglas en inglés: edema, rings, exudates, furrows, and stenosis).²

La actividad inflamatoria produce edema, exudados y surcos, mientras que la fibrosis y remodelación se relacionan con los anillos y estenosis.

Además, hay que recordar que estos cambios inflamatorios producen alteraciones motoras demostradas por manometría esofágica de alta resolución y, si bien no son patognomónicas, se ha visto que, en muchos casos, remiten con tratamiento médico.

La escala EREFS ayuda además a evaluar la respuesta a tratamiento y se ha validado en Estados Unidos y Europa por tener alta concordancia intra e interobservador.⁷

¿Se sugiere la endoscopia como parte del seguimiento?

Una vez iniciado el tratamiento médico o la restricción dietética, se sugiere seguimiento con biopsias después de ocho a doce semanas, no sólo para obtener una evaluación objetiva, sino porque no hay correlación entre los síntomas y los hallazgos histológicos.¹

¿Qué hay del tratamiento endoscópico de estenosis?

El tratamiento endoscópico con dilataciones es seguro y efectivo para pacientes con estenosis por EoE con bajas tasas de perforación (0.38%) e idealmente debe acompañarse de cambios dietéticos y tratamiento médico.

El alivio de los síntomas en las diferentes series es variable, y se ha notado que es útil tanto en estenosis únicas como múltiples

(97%). El riesgo de perforación reportado para estenosis pequeñas se estima en 0.03% (95% IC 0-0.226), mientras que para dilataciones mayores a 17 mm es de 1.35% (95% IC 0-8.43), aunque se sugiere que la perforación tiene más relación con el cambio de diámetro con respecto al inicial en una sola sesión, más que con el calibre del dilatador.

Se han hecho algunos estudios con nuevos dispositivos de dilatación que no muestran diferencia con los dilatadores convencionales. El éxito de la dilatación se correlaciona con la respuesta a manejo médico.⁸

Conclusiones

Si bien la esofagitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuen-

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 Preparar tu manuscrito y adjuntar en la página

4 Enviar manuscrito

Conoce y participa con nuestra revista

EN LINEA

te, el correcto protocolo de biopsias incrementa el diagnóstico de esta condición. Tomar biopsias de tres segmentos esofágicos en pacientes en quien se sospeche la enfermedad asegura no pasar diagnósticos desapercibidos. Utilizar la escala EREFS ayuda a tener una evaluación objetiva y seguimiento y, finalmente, el tratamiento de dilataciones endoscópicas es seguro en estos pacientes.

Referencias

1. Aceves S, Alexander J, Baron T, et al. *Endoscopic approach to eosinophilic esophagitis: American Society for Gastrointestinal Endoscopy Consensus Conference*. *Gastrointest Endosc* 2022;96:576-92.
2. Falk G. *Top tips for high-quality endoscopy in eosinophilic esophagitis*. *Gastrointest Endosc* 2023;98:237-240.
3. Gonsalves N, Policarpio-Nicolas M, Zhang Q, et al. *Histopathologic variability*

and endoscopic correlates in adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc* 2006;64:313-9.

4. Muftah M, Hartnett DA, Hiramoto B, et al. *Yield of esophageal biopsy patterns for the diagnosis of eosinophilic esophagitis*. *Gastrointest Endosc* 2025;102:194-201.e1.
5. Mackenzie SH, Go M, Chadwick B, et al. *Eosinophilic oesophagitis in patients presenting with dysphagia: a prospective analysis*. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28:1140-6.
6. Homeida S, Alsawas M, Murad MH, et al. *The Association between celiac disease and eosinophilic esophagitis: Mayo experience and metaanalysis of the literature*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;1:58-63.
7. Van Rhijn BD, Warners MJ, Curvers WL, et al. *Evaluating the endoscopic reference score for eosinophilic esophagitis: moderate to substantial intra- and interobserver reliability*. *Endoscopy* 2014;46:1049-55.
8. Siersema PD, de Wijkerslooth LRH. *Dilation of refractory benign esophageal strictures*. *Gastrointest Endosc* 2009;70:1000-12.



ENDOSCOPIA

Accede
a la revista



Uso de ácido acético posextracción endoscópica de batería de botón impactada en el esófago pediátrico: estrategia para la reducción de la lesión cáustica

Dra. Camille Fernandes Aguiar

Hospital Infantil Jeser Amarantes Faria, Joinville, Santa Catarina, Brasil.

Dra. Valeria Araújo de Sousa

Hospital Estadual da Criança, Río de Janeiro, Brasil.

Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez

Star Médica Hospital Infantil Privado, Ciudad de México, México.

Dr. Claudio Iglesias

Hospital Pediátrico Pereira Rossel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

En los últimos años, las lesiones por ingestión de baterías de botón (BB) en niños han aumentado considerablemente en entornos domésticos. Las BB provocan daño en el tejido esofágico mediante una reacción de hidrólisis isotérmica, que resulta en una lesión cáustica alcalina y necrosis licuefactiva. Esta lesión puede generar complicaciones graves, como perforación, fistula traqueoesofágica, fistula a grandes vasos, estenosis, parálisis de cuerdas vocales, espondilodiscitis, etcétera.

La progresión de la lesión tisular tras la extracción es una característica distintiva del daño por BB. Lesiones significativas pueden desarrollarse en tan sólo dos horas y su gravedad está

directamente relacionada con el tiempo de permanencia del cuerpo extraño en el esófago. Incluso después de la extracción endoscópica, el proceso lesivo puede continuar debido al mantenimiento de un microambiente local altamente alcalino.

En este contexto, la neutralización inmediata del pH en el sitio de la lesión surge como una estrategia adyuvante prometedora. Al restaurar rápidamente el pH fisiológico, es posible interrumpir la necrosis licuefactiva y reducir los efectos cáusticos de la lesión. Esta intervención resulta especialmente relevante dado que las complicaciones pueden aparecer días o semanas después de la extracción: fistulas traqueoesofágicas hasta 28 días y estenosis o espondilodiscitis semanas o meses después del evento inicial.

Presentación de caso

Paciente masculino de cuatro años, admitido en urgencias tras la ingestión accidental de una BB ocurrida cinco horas antes. El paciente se encontraba asintomático al ingreso. Las radiografías de tórax y cuello, en dos proyecciones, evidenciaron una imagen radiopaca circular con signo de “doble halo” localizada en el esófago cervical, sin indicios de perforación (Imagen 1).



Imagen 1. Radiografía AP de tórax.



Imagen 2 y 3. Batería de botón impactada y batería de botón posextracción.

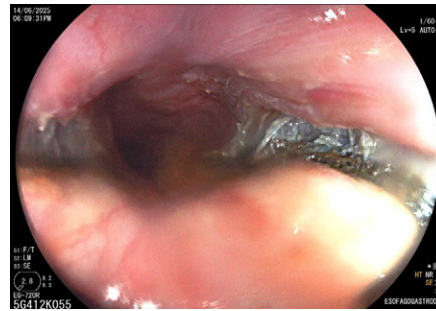


Imagen 4. Tejido necrótico en esófago posextracción.

El paciente fue derivado de inmediato a una endoscopia digestiva alta, bajo anestesia general. El objeto se visualizó justo por debajo del cricofaríngeo, a 12 cm de la arcada dentaria superior, firmemente adherido a la mucosa. La extracción resultó técnicamente difícil, requiriendo lavado abundante con suero fisiológico y tracción cuidadosa mediante pinza tipo “diente de ratón” (Imagen 2 y 3).

Tras la extracción, se observó en el sitio de contacto una extensa área de necrosis tisular. El resto de la evaluación endoscópica no mostró alteraciones. Se decidió realizar irrigación local con aproximadamente 150 ml de ácido acético al 0.25%, con el objetivo de neutralizar el pH y minimizar la progresión de la lesión.

El paciente permaneció en ayuno durante 72 horas, recibiendo nutrición parenteral y evolucionó sin síntomas. Una radiografía con contraste no evidenció signos de perforación ni de fístulas, por lo que se inició progresivamente dieta líquida en pequeños volúmenes, con buena tolerancia.

Al séptimo día tras el accidente, con el fin de establecer un plan dietético, se realizó una nueva endoscopia que reveló sustitución de las áreas necróticas por úlceras superficiales recubiertas de fibrina y tejido de granulación, sin signos de estrechamiento luminal. Se indicó sucralfato a dosis de 2 g cada ocho horas durante diez días para favorecer la cicatrización. El paciente toleró adecuadamente la dieta en papillas (Imagen 5).

A los 40 días del accidente, la endoscopia de control mostró recuperación completa de la mucosa esofágica. De forma complementaria, se realizó fluoroscopia posterior a la endoscopia, la cual no evidenció estenosis ni perforación, confirmando la ausencia de complicaciones tardías hasta el momento (Imagen 6).

Discusión

La neutralización inmediata del pH con ácido acético surge como una estrategia prometedora para reducir el efecto cáustico continuo y limitar la extensión del daño tisular.

El mecanismo primario de la lesión esofágica por BB se relaciona con la rápida elevación del pH debido a la generación de iones hidróxido. Estudios recientes han demostrado que la irrigación inmediata con ácido acético al 0.25% tras la extracción, como se observó en una serie, es segura, no se asocia con perforación ni con estenosis y puede prevenir la progresión de la lesión, reduciendo complicaciones a largo plazo.

En este contexto, la utilización de ácido acético ha demostrado ser segura y potencialmente eficaz para disminuir la progresión de la lesión, reforzando su posible beneficio como medida adyuvante.

No obstante, su indicación debe limitarse a situaciones en las que no existan signos clínicos ni radiológicos de perforación y su aplicación, así como el seguimiento posterior, deben ser realizados por un equipo especializado.

Referencias

1. Jatana KR, Barron CL, Jacobs IN. *Initial clinical application of tissue pH neutralization after esophageal button battery removal in children*. Laryngoscope. 2019 Aug;129(8):1772-1776.
2. Xu G, Jia D, Chen J, Pan H, Wu Z. *Esophageal button battery impactions in children: an analysis of 89 cases*. BMC Pediatr. 2024;24:388.
3. Jatana KR, Rhoades K, Milkovich S, Jacobs IN. *Basic mechanism of button*

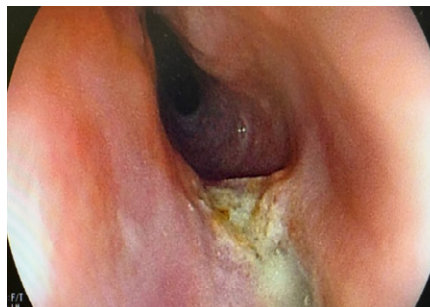


Imagen 5. Segunda endoscopia de control siete días después de la ingesta.



Imagen 6. Tercera endoscopia de control 40 días después de la ingesta.

battery ingestion injuries and novel mitigation strategies after diagnosis and removal. Laryngoscope. 2017;127(6):1276-82.

4. Park SJ, Burns H. *Button battery injury: An update*. Aust J Gen Pract. 2022;51(7):471-5.
5. Mubarak A, Benninga MA, Broekaert I, Dolinšek J, Homan M, Mas E, Miele E, Pienar C, Thapar N, Thomson M, Tzivnikos C, de Ridder L. *Diagnosis, management, and prevention of button battery ingestion in childhood: a European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition position paper*. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2021 Jul;73(1):129-36.
6. Wallace B, Landman MP, Prager J, Friedlander J, Kulungowski AM. *Button battery ingestion complications*. J Pediatr Surg Case Rep. 2017;19:1-3.

"La equidad como camino para el éxito"

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Médica Sur

Para esta entrega de GEMA tuve el gusto de invitar a alguien cuyo objetivo personal es el de crear el camino que ayude a otras y otros a ser mejor. Tarea nada fácil la que se ha propuesto, ya que requiere de trabajo constante, de subidas y caídas, a veces de estar sola en medio de muchos, chocar contra muros que parecían no existir o enfrentarse a adversidades injustificadas, porque el camino de ayudar no es sencillo y exige mucho. Pero la constancia y la vocación tienen sus frutos cuando tu éxito es el reflejo de aquellos que ayudaste a alcanzar sus logros cuando nadie más parecía ayudarles.

Se trata de la Dra. Patricia Carvalho, quien ha recibido dos veces el reconocimiento Top Reviewer por la revista *Gastrointestinal Endoscopy* en los periodos 2023-2024 y 2024-2025.

¿Cómo nace el gusto por la endoscopia?

Durante mi formación en cirugía general, descubrí que el tratamiento de muchas enfermedades digestivas avanzaba hacia técnicas mínimamente invasivas. En el hospital donde me formé, en El Salvador, los gastroenterólogos realizaban las endoscopias diagnósticas de tubo digestivo superior e inferior, mientras que los cirujanos nos encargábamos de las CPREs. Esa dinámica me permitió acercarme de forma más directa a estos procedimientos y confirmar mi interés por la endoscopia.

*"La fuerza reside en las diferencias,
no en las similitudes"*



Dra. Patricia Carvalho.

Me encantaba ver cómo la endoscopia no sólo era diagnóstica, sino que también ¡era resolutive y sin cirugía! Lo que más me atraía era que exigía múltiples habilidades, pero sobre todo, destrezas finas y un trabajo muy especial con las manos.

Sin embargo, en mi país no existía un curso formal para formarse en endoscopia. Fue entonces que, por recomendación de mis maestros, busqué oportunidades en México. Uno de ellos, el Dr. Julio Gutiérrez, me compartió algunas direcciones de correo de distintas sedes. Entre todas, quien me abrió la puerta fue mi maestro, el Dr. Adalberto Corral del Hospital General de México, quien con toda la disposición me explicó

a detalle el proceso de aplicación y selección. Ese gesto marcó el inicio de un camino que transformó mi vida profesional y personal, y por lo cual le estoy sumamente agradecida.

Ya en el Hospital General tuve la oportunidad de abrir los ojos a un panorama mucho más amplio: aprender todas las técnicas endoscópicas disponibles y comprender su verdadero impacto. Descubrí que, con un procedimiento, podíamos cambiar la vida de una persona al detectar una enfermedad de manera temprana y evitar llegar a ese punto de no retorno.

Esa certeza reforzó mi convicción de que había encontrado el camino profesional al que quería dedicar mi vida. Mis maestros,



REUNIÓN NACIONAL DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

sede

Centro Internacional
de Convenciones
Puerto Vallarta, Jal., MX

13 al 17
septiembre
2025

Instagram @ameg.mexico
Facebook @ameg.mexico
Twitter @AmegMexico



al ver mi pasión, dedicación y capacidad de adaptarme, me invitaron a trabajar con ellos y, al terminar la residencia, ¡no me dejaron ir! La suma de todo dio como resultado las oportunidades necesarias para estar aquí (risas).

¿Que es lo que más te motiva en el ejercicio de la endoscopia?

Quince años después del inicio de esta historia te puedo decir que lo que hago me llena profesionalmente, me da la oportunidad de ser el impulso para otras y otros colegas (como lo hicieron conmigo), de poder crecer y expandirme, de conocer otros países, otras historias, de superar mis límites, de ser resolutiva y, lo más importante, de cambiar la vida de mis pacientes.

Como extranjera, ¿cuáles fueron los más grandes retos al estar aquí?

El mayor reto quizá fue el dejarlo todo al quedarme aquí, mi casa, mi familia. Aquí estaba sola, pero la convicción de lo que quería hacer me hizo sacar lo mejor de mí. Me di la oportunidad de adaptarme, de abrazar esta nueva cultura y de disfrutar esta etapa.

Me siento muy agradecida porque fui aceptada con mucho apoyo y cariño por parte de mis maestros, cuya pasión y entrega me inspiraron, y de mis compañeros, quienes nunca dejaron de apoyarme. No estaba sola, sentía que formaba parte de algo muy especial. Si pudiera decir cuál es el punto clave, diría que fueron mis mentores: tener quien te guíe, quien te impulse, quien crea en ti y te dé una oportunidad, hace que todo sea más fácil.

¿Cómo nace FemScope y por qué es necesario?

FemScope nace principalmente de dos puntos:

- Personal: quizás el pilar más fuerte que sostiene todo

esto es el de apoyar a otras mujeres, tal como lo hicieron conmigo. Ser ese puente o trampolín que impulse a otras a sacar lo mejor de sí mismas y a alcanzar todo su potencial. Que en lugar de ver obstáculos o frenos, ¡vean oportunidades! Y que puedan acercarse a grandes maestros y hospitales, incluso aquellas colegas que, por sus lugares de trabajo o formación, alguna vez pensaron que era imposible lograrlo.

- Inspiración: ya conocía el trabajo de la Dra. Amrita Sethi como presidenta de Women in Endoscopy (WIE), pero fue durante la pandemia, estando embarazada y teniendo que alejarme de la medicina por seguridad (en aquel momento todavía no había vacuna), cuando su influencia marcó de forma especial mi vida. En esa etapa ocurrieron dos cosas muy significativas para mí: la primera fue que, por recomendación de Amrita, recibí la invitación a participar como editora internacional de la revista *Gastrointestinal Endoscopy* (GIE), una gran oportunidad que decidí posponer por mi embarazo, pero que ahora ha rendido muchos frutos y me llena de muchas satisfacciones; y la segunda, que empecé a seguir de cerca las actividades de WIE. Descubrí cómo su labor impulsaba el desarrollo profesional de muchas mujeres endoscopistas y el impacto tan positivo que generaba en sus vidas.

Lo anterior encendió en mi interior la idea de que ¡necesitábamos hacer esto en México! y en el fervor de esto, la Dra. Xochiquetzal Sánchez me invita a colaborar con ella en su capítulo de intestino medio en GEMA. Y es ahí donde, trabajando en conjunto como iguales, le comento del proyecto y ella se anima conmigo, y con ella se suman Gretel, Nancy, Ylse y Maggie ¡Ya éramos un grupo! Le comentamos a la Dra. Yolanda Zamorano, quien estaba por convertirse en la cuarta mujer presidente de

la AMEG y nos dice: “¡Va, las apoyo! (era el momento ideal), pero armen bien el proyecto y lo presentamos en la asamblea”. Finalmente, obtuvimos la aprobación para constituir el Comité de Mujeres Endoscopistas de México de nuestra asociación y de esa forma hemos empezado a trabajar, a paso lento pero seguro y con muchas ganas, para destacar y favorecer el desarrollo de nuestras colegas endoscopistas mexicanas.

Qué sí es necesario

¡Claro que es necesario! Esto va mas allá de conceptos como feminismo o machismo. Es necesario porque necesitamos

crear más puentes que impulsen a otras mujeres endoscopistas. Como mujeres entendemos el peso que es tener una familia, los retos que conlleva ser mamá, esposa (pareja) y profesionalista, el que a veces no se tiene el tiempo o la posibilidad de buscar más opciones para desarrollarnos (rotaciones, cursos, etcétera).

Entonces el que alguien se convierta en ese facilitador (como ha pasado en mi historia) y que además te entienda, te impulse, te dé más liderazgo, más oportunidades de formación, eso se traduce en mayor confianza y seguridad para seguirte desarrollando y aprender técnicas endoscópicas más complejas.

REUNIÓN NACIONAL DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Profesores Internacionales

DRA. ADRIANA VAZ SAFATLE-RIBEIRO

DR. IGNACIO FERNÁNDEZ-URIÉN

DRA. ELIZABETH BARBA OROZCO

DR. SERGIO A. SÁNCHEZ LUNA

DR. RAFAEL MONICI DE PAULA MACHADO

DR. MOHAMED OTHMAN

DR. FÉLIX I. TÉLLEZ ÁVILA

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

LIII

@ameg_mexico **@ameg_mexico** **@AmegMexico** **@ameg_mexico**

¿A qué retos te has enfrentado en este camino?

Cambiar el chip de los demás, contagiarlos y motivarlos, sin duda ha sido uno de los mayores retos. Estos temas han sido por mucho tiempo una especie de tabú: todos saben que hay que hablar de ello, pero pocos se atreven a hacerlo. Y no se trata de una moda pasajera ni de una simple réplica de algo más. Tampoco porque exista una discriminación evidente, sino porque necesitamos construir una unidad real, un motor que impulse a más mujeres a convencerse de que son increíbles y brillantes.

Hoy estamos fortaleciendo ese liderazgo y cada vez se abren más espacios en los foros. La chispa ya se encendió; ahora el reto es hacer que crezca, claro, siempre adaptándonos a nuestras propias condiciones como sociedad y como país.

¿Se han abierto más puertas?

Sí, se están abriendo foros y se están creando las alianzas académicas con asociaciones nacionales y extranjeras, así como con profesores y la industria que nos permitirán llevar a cabo estos proyectos.

Desde su inicio hasta ahora, ¿cómo ves la proyección de FemScope? ¿Qué esperas a futuro?

Esto se trata de trabajar en equipo, hombres y mujeres, sin distinciones. No es un espacio exclusivo, sino inclusivo, donde buscamos atraer a más personas con el deseo genuino de sumarse a este proyecto, de trabajar por los demás y de comprometerse con una causa común.

Queremos impulsar más sesiones académicas y talleres que fortalezcan la formación de endoscopistas jóvenes, además de crear un programa de mentorías que acerque trayectorias y abra caminos. Con mayor apoyo de la asociación y mediante alianzas con otros grupos, con proyección tanto nacional como

internacional, FemScope podrá ampliar su impacto, generando cada vez más oportunidades para más personas.

¿Has pensado incluir a otras asociaciones?

Ahora nos estamos enfocando en que esto crezca y madure en nuestra asociación, que tenga una vida más allá de un año administrativo, que se logren los objetivos de ser ese puente que tanto buscamos. Y claro, por qué no, que más asociaciones en México se sumen, entendiendo que ya varias tienen sus grupos bien consolidados.

Si ahorita conocieras a una joven endoscopista con los mismos sueños que tú, ¿qué consejos le darías?

Adapta tus sueños a tus circunstancias actuales y dales un tiempo, ten una meta concreta y camina hacia ella. Siempre sigue adelante, porque nunca sabrás hasta dónde puedes llegar si no te das la oportunidad de luchar por lo que sueñas. Ábrete a las posibilidades: muchas veces el camino correcto aparece cuando te atreves a salir de tu zona de confort. No tengas miedo, créetela, mantén el enfoque, traza con claridad tus objetivos y aprovecha cada oportunidad que se presente.

¿Qué opinas de los jóvenes endoscopistas en la actualidad?

Aspectos positivos y negativos.

Positivos:

- Ya no estudian sólo de libros, sino directamente de artículos y de la evidencia científica más actual.
- Cuentan con mayor accesibilidad a la información y, por lo tanto, más ganas de aprender.
- Tienen más posibilidades de realizar estancias en el extranjero.
- Pueden desarrollar más sus habilidades, gracias al acceso a simuladores y tecnología.

Negativos:

- A veces buscan resultados demasiado rápidos y fáciles, sin el esfuerzo que se requiere.
- Pueden caer en el conformismo, confiando en exceso de herramientas como la Inteligencia Artificial.
- Tienden a abarcar demasiado en poco tiempo y esto puede hacerlos perder profundidad.

Como endoscopistas mexicanos, ¿qué nos hace diferentes al resto del mundo?

¡Le entramos a todo! Somos muy creativos, buscamos o creamos

la manera de ser resolutivos, incluso con recursos limitados. Somos muy apasionados y comprometidos con nuestros pacientes. Eso se refleja en nuestra calidez humana y en nuestras ganas por mejorar nuestro entorno.

¿Qué nos hace falta para ser una asociación mas fuerte?

Nos hace falta ser más unidos, trabajar verdaderamente en equipo, apoyarnos e impulsarnos entre nosotros, reconocer y valorar el trabajo que hacen los demás, porque el esfuerzo de cada uno suma a un proyecto mucho mayor que nos beneficia a todos. El día que logremos vencer la barrera del ego, ¡seremos más grandes!



TALLER HANDS ON

**14 Y 15
SEPTIEMBRE 2025**

**Puerto Vallarta, Jalisco
Centro Internacional de Convenciones**

INSCRIPCIONES ABIERTAS

<https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php>



El drenaje de la vesícula biliar guiada por ultrasonido endoscópico como rescate en la obstrucción biliar maligna

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán

Dra. Lucía Vázquez Sánchez

Hospital General de Tláhuac

La primera opción de tratamiento de la obstrucción biliar distal maligna (dMBO) es la colangiografía endoscópica (CPRE) con colocación de prótesis transpapilar; sin embargo, en caso de falla tenemos dos alternativas: el drenaje biliar transhepático percutáneo (PTBD) y el guiado por ultrasonido endoscópico (USE), prefiriendo este último debido a la mayor frecuencia de eventos adversos en el primero.

En el número anterior de GEMA hablamos sobre el estudio GALLBLADEUS, comparando la coledocoduodenostomía y el drenaje de la vesícula biliar, ambos guiados por USE para el tratamiento de la obstrucción biliar maligna, considerando al último como una opción efectiva y segura.

En la actualidad, el drenaje de la vesícula biliar guiado por USE (USE-GBD) es aceptado como una alternativa de tratamiento en la paliación de la ictericia en pacientes con dMBO, en los que la CPRE y la coledocoduodenostomía guiado por USE fallaron por razones técnicas.

El USE-GBD es mínimamente invasivo, más fácil de ejecutar que otros drenajes guiados por USE, pero es necesario asegurar la permeabilidad del conducto cístico. El grupo

italiano del Dr. Lorenzo Fuccio y cols. realizaron una revisión sistemática con metaanálisis para evaluar la eficacia y seguridad de esta técnica.

El primer resultado de interés fue la eficacia del USE-GBD, definido como éxito clínico con disminución del nivel de bilirrubina posprocedimiento. Los resultados secundarios evaluados fueron la seguridad (eventos adversos) y tasa de reintervención. Se incluyeron ocho estudios retrospectivos con 183 pacientes, donde el número de pacientes por estudio varió de 7 a 48, con una edad total agrupada de 68 años. Los estudios incluyeron principalmente pacientes con enfermedad irresecable, sin embargo, dos de ellos también presentaron un porcentaje pequeño de pacientes en un estadio resecable.

Eficacia-éxito clínico

Se encontró una eficacia general del 88% al 89%. Tres estudios definieron el éxito clínico como una disminución de al menos 50% del nivel de bilirrubina en dos semanas, mientras que otro estudio lo definió como disminución de más del 50% al séptimo día del procedimiento y normalización al día 28.

Un quinto estudio tomó el punto de corte del 50%, pero en un rango de 30 días posterior al procedimiento.

En tres estudios, el éxito clínico fue poco claro o no se describió. Cuatro estudios reportaron una diferencia de 9.8 mg/dl en los niveles de bilirrubina antes y posterior al procedimiento. Existió diferencia en el éxito clínico entre los estudios realizados en un sólo centro (90%), comparados con los multicéntricos (88%).

Otro análisis de subgrupos reveló que el éxito en los estudios que incluyeron sólo tumores no resecables fue del 85% vs 91%, de los que incluyeron tanto tumores resecables como no resecables. En este metaanálisis también se buscó comparar el éxito clínico de acuerdo con la ruta de la colocación de la

prótesis de aposición luminal (estómago vs duodeno), sin embargo, no fue posible debido a la falta de datos.

Seguridad-eventos adversos

La tasa global agrupada de eventos adversos fue de un 10%, sin variación significativa entre estudios unicéntricos y multicéntricos.

Un estudio incluyó uso exclusivo de prótesis metálicas autoexpandibles (SEMS) y dos estudios usaron tanto SEMS como prótesis de aposición luminal (LAMS), sin diferencia significativa en la tasa de eventos adversos.

Los grupos de trabajo de los doctores Imai e Issa reportaron la tasa más alta de eventos adversos (alrededor del 17%), mostrando



LIIG REUNIÓN NACIONAL DE
ENDOSCOPIA
GASTROINTESTINAL



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

TALLER

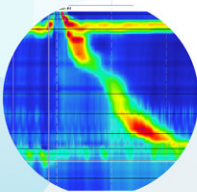
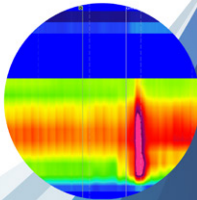
MOTILIDAD y NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Con casos en vivo de esófago y anorecto

15 de Septiembre

CUPO LIMITADO

**Centro Internacional de Convenciones
Puerto Vallarta, Jalisco**

disfunción de la prótesis asociada a alimento impactado y crecimiento tumoral, necesitando reintervención. Otros eventos adversos reportados fueron hemorragias manejadas conservadoramente y peritonitis tratada quirúrgicamente.

Un estudio comparativo reportó menor tasa de eventos adversos en el USE-GBD comparado con otros tipos de drenaje biliar guiados por USE (9.7% vs 24.3%).

La tasa global de reintervención fue del 8%. La tasa de los estudios que usaron sólo LAMS asciende a 12%, comparada con el 6% de los que usaron tanto SEMS como LAMS.

Como conclusiones, la CPRE con colocación de prótesis transpapilar sigue siendo el tratamiento de primera elección, pero puede fallar en un 10% a 20%, especialmente cuando el tumor produce una estenosis duodenal o involucro de la

ampolla de Vater. Aunque el drenaje biliar guiado por USE se prefiere antes que el drenaje biliar transhepático percutáneo por la tasa de eventos adversos, esta puede ser fallida por condiciones técnicas, por lo tanto, en pacientes con vesícula biliar in situ y conducto cístico permeable, el USE-GBD es un procedimiento efectivo y seguro con una tasa baja de reintervención y de eventos adversos del 10% (con un solo evento serio reportado en este metaanálisis), que incluso puede ser usado en pacientes en estadio resecable, colocándolo así como una opción valiosa.

Referencias

1. 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.* Endoscopic Ultrasound (2025). Vol 14, issue 2.





SEGUNDO ENCUENTRO DE RESIDENTES

15 SEPTIEMBRE

Centro Internacional de Convenciones
Puerto Vallarta, Jalisco

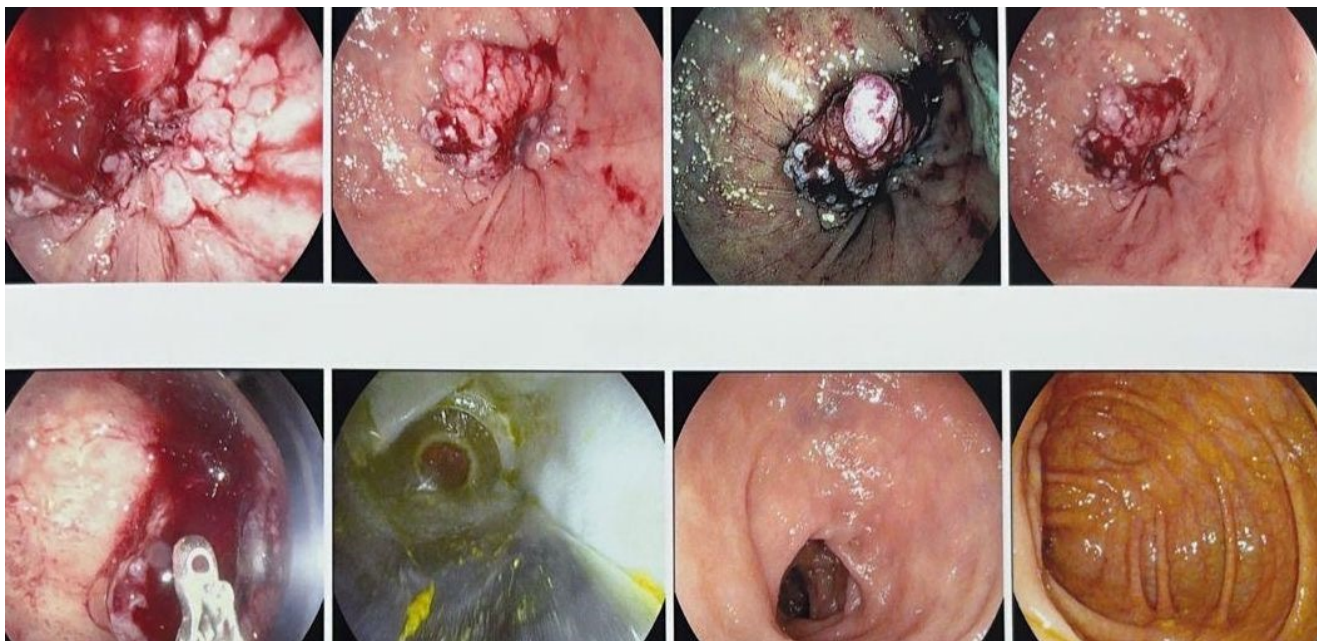



Tumor inadvertido en cirugía

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Hospital Ángeles Puebla

Servicio de Endoscopia, HE IMSS, Puebla



Paciente masculino de 64 años de edad, que acude a su Centro de Salud por dolor abdominal e intolerancia a la vía oral. Fue abordado por médico de primer contacto, quien le administró antiespasmódicos y antieméticos, sin mejoría del dolor o de los síntomas, por lo que buscó atención médica particular.

Su médico internista solicitó tomografía con contraste oral e intravenoso de abdomen mostrando asas de intestino delgado dilatadas, datos de oclusión, colon transverso distendido con gas hasta colon descendente y escaso paso de material de contraste

hacia sigmoides, con líquido libre perihepático y presencia de tumor renal derecho. Se realizó laparotomía exploradora urgente, con colostomía y biopsia de la lesión renal, siendo negativa para malignidad.

En la revisión de la tomografía por el equipo de radiólogos, evidenciaron un engrosamiento de la pared del sigmoides por lo que lo refirieron para abordaje y exploración endoscópica a través del estoma y por recto. Se indicó preparación colónica de forma rutinaria, dieta líquida 24 horas previas y Nulytely.

Al tacto rectal se palpaba un tumor a 5 cm del margen anal, irregular, con presencia de moco y sangre en el guante explorador. Se introdujo el colonoscopio, encontrando una lesión friable, irregular, que estenosaba la luz rectal a menos de 5 mm, sin permitir el paso del gastroscopio (9.2 mm) ni el gastroscopio ultrafino (5.4 mm). Se tomaron múltiples biopsias profundas para estudio histopatológico reportando: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasor, ulcerado. Acerca de la exploración endoscópica a través del

estoma hasta los últimos 25 cms del ileon terminal, sólo se encontró en ciego dos pólipos sésiles de 5 mm, reportados por histopatología como colitis crónica con actividad moderada.

La importancia de revisar adecuadamente los estudios de imagen de nuestros pacientes es clave, nunca debemos quedarnos con duda y siempre revisar los estudios con los especialistas radiólogos, particularmente en casos complicados, pacientes que son referidos o enviados de otros centros médicos.



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

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 122516



INSCRIPCIÓN AL
HANDS ON

ametedmexico@gmail.com



Anestesia: desvelando la verdad detrás de los mitos comunes

Dr. José de Jesús Soto Durán

Anestesiología

La anestesia, un pilar fundamental en la medicina moderna, ha transformado radicalmente la forma de realizar cirugías, permitiendo procedimientos cada vez más complejos y aliviando el dolor de manera más efectiva. Sin embargo, a pesar de su avance y seguridad probada, sigue siendo objeto de numerosos mitos y temores que persisten en el imaginario colectivo. Estos mitos, a menudo nacidos de la falta de información o de anécdotas aisladas, pueden generar ansiedad innecesaria en los pacientes. Es hora de desvelar la verdad.

Uno de los temores más extendidos es la idea de despertarse durante la cirugía, un escenario que alimenta las peores pesadillas. La realidad es que la conciencia intraoperatoria, aunque posible, es extremadamente rara, afectando a un porcentaje ínfimo de pacientes (entre 0.1% y 0.2%). La medicina actual, con monitoreo avanzado y el continuo ajuste de las dosis por parte de los especialistas en anestesiología, hace que este evento sea una excepción, no la norma. Los sistemas de monitoreo actuales están diseñados para asegurar que el paciente se mantenga en un estado de inconsciencia profunda y controlada durante todo el procedimiento.

La preocupación sobre si uno puede ser "resistente" a la anestesia es también frecuente. La verdad es que, si bien la respuesta a los fármacos anestésicos puede variar ligeramente entre individuos, los anestesiólogos ajustamos las dosis de forma personalizada, considerando factores como el peso,



Contacto

Tel: 55 1081 7079

Correo: dr.josesoto.anestesia@gmail.com

Credencializado en hospitales San Ángel Inn. Grupo Ángeles en trámite.

la edad, el estado de salud, toxicomanías o tratamientos con psicofármacos y el tipo de cirugía. No existe una "resistencia" que impida a alguien ser anestesiado; simplemente requiere una dosificación precisa y adaptada a cada paciente.

En el ámbito de la sedación, a menudo se confunde con la anestesia general. La sedación consciente permite que el paciente permanezca despierto y colaborador, aunque profundamente relajado y sin percibir dolor ni recordar el procedimiento. Es una técnica extremadamente segura siguiendo las recomendaciones científicas, utilizada ampliamente para procedimientos menores. La idea de que es peligrosa o adictiva es infundada; los fármacos utilizados son de acción corta y no generan dependencia.

En resumen, la anestesiología es una especialidad médica altamente segura y controlada, al igual que la anestesia que

utilizamos. Los avances tecnológicos en el diseño de moléculas más seguras, el desarrollo de nuevas formas de monitorización, así como su cada vez más amplia difusión y la formación rigurosa de los anestesiólogos han reducido drásticamente los riesgos asociados.

Informarse adecuadamente y comunicarse abiertamente con el equipo médico son los pasos más efectivos para desterrar los mitos y abordar cualquier temor, garantizando una experiencia quirúrgica más tranquila y segura.

Referencias

1. Arredondo-Cortés, M. J., Marín-Ruiz, J. C., & Torres-Soto, V. B. (2024). *Conciencia intraoperatoria*. Anestesiología UNAM.
2. Martínez-García, L. E. (2022). *Awareness: Incidencia y factores de riesgo*. Universidad de Zaragoza.

**LIII REUNIÓN NACIONAL DE
ENDOSCOPIA
GASTROINTESTINAL**

**CARRERA
5 KM/3 KM**

**Lunes
15 Sept. 2025 | 07:00 am**

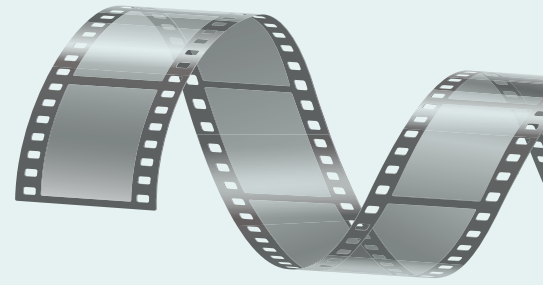
amcg
Asociación Mexicana de
Endoscopia Gastrointestinal y
Colegio de Profesionistas, A.C.

LIOMONT
ÉTICA FARMACÉUTICA DESDE 1989

Línea Gastro
LIOMONT

INHIBITRON **TWID**
Omeprazol / Bicarbonato de sodio

Together, pero no tan literal



Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Together es una película reciente, que está en cines y sigue la línea de terror establecida por *La sustancia*, donde no es necesario un asesino serial o una fantasma que esté persiguiendo a nuestro personaje principal y cuyo título es ideal.

Trata de una pareja joven, dispuesta a dejar todo e iniciar una nueva etapa juntos. Al inicio dejan claro que Tim estaría dejando más cosas por seguir el sueño de Millie y, de hecho, lo retratan como una relación desigual y con problemas debido a los roles sociales establecidos habitualmente.

Conforme avanza la película se topan con una especie de maldición que los hace ser más “dependientes” uno de otro, al inicio afectando más a Tim, pero finalmente los dos se ven afectados. Y mientras se desarrolla esta maldición, retratan a mi parecer una relación con apego tóxico, difuminando el interés real por la pareja, de la invasión a la intimidad o al espacio personal de esta, mostrando dependencia emocional extrema, frustración, enojo y necesidad constante de la pareja.

Incluso, en la trama se consulta con un especialista y, si bien no se diagnostica este apego tóxico, sí se hace el diagnóstico de ataques de pánico, los cuales son muy bien retratados, aunque

en la película significan otra cosa. Me parece que están muy bien actuados y dan una idea de la falta de control que estos pacientes tienen sobre sus pensamientos y acciones, llevándolos a lastimar a sus seres queridos, afectando sus relaciones de pareja e, incluso, con otros tipos de desenlaces.

Si bien el final cumple por completo las consecuencias disfrazadas del apego tóxico, no desilusiona y lo hace en una escena que, hablando desde el punto de vista de cultura pop, ¡es épico! (acompañado, por supuesto, de una canción de las Spice Girls).

El género de terror se revolucionó este año. Sin duda, desde *La sustancia* se han visto historias novedosas y en la línea de la inclusión y manejo de temas que antes eran sensibles o no explorados, como la salud mental. *Together* cumple con ambas de manera discreta.

Las actuaciones son adecuadas, principalmente por Dave Franco en su papel de Tim que sí cumple con un personaje principal con el que puedes sentir empatía y acompañarlo por todo el proceso. No deja de ser una película fantasiosa, pero juega con el terror de una manera novedosa.