

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

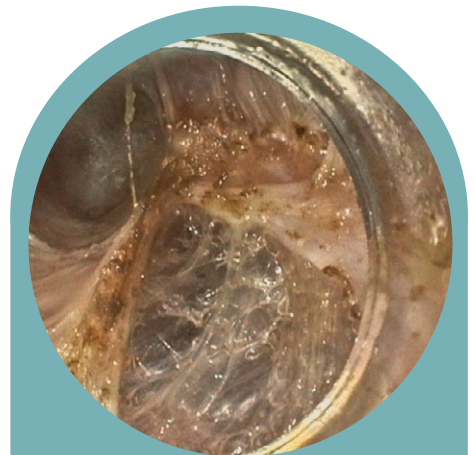
EN INTESTINO DELGADO

Enteroscopia monobalón vs videocápsula endoscópica en síndromes polipósicos hereditarios

Utilidad de la pancreatoscopia con SpyGlass
en patología pancreática

Miotomía endoscópica (POEM) en pacientes con
miotomía de Heller fallida y funduplicatura Nissen

Colecistectomía de intervalo posterior a
drenaje de la vesícula biliar guiado por USE



Miotomía en pacientes con MHL fallida
y funduplicatura.



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 Berenice Casillas Guzmán

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Miguel Espinosa González

Dr. Alfredo Hernández González

Dr. Joel Omar Jaquez Quintana

Dra. Lorena López Zepeda

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez

Dr. José Juan Sánchez Hidalgo

Dr. Daniel Urbina León

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dra. Verónica Leonor Villagrán Villegas

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

6 PERFILES
Conoce a nuestros socios del país
Dra. Verónica Leonor Villagrán Villegas / Dr. Daniel Urbina León

8 ACADEMIA AMEG
Noticias de la Reunión Nacional

11 FEMSCOPE
Comité de Mujeres Endoscopistas de la AMEG

14 EN VÍA BILIAR
Utilidad de la pancreatoscopia con SpyGlass en patología pancreática
Dr. Jony Cerna Cardona / Dr. Joel Omar Jaquez Quintana

17 ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
Miotomía endoscópica (POEM) en pacientes con miotomía de Heller fallida y funduplicatura Nissen
Dr. Alfredo Hernández González / Dr. José Miguel Espinosa González

22 EN INTESTINO DELGADO
Enteroscopia monobalón vs videocápsula endoscópica en síndromes polipósicos hereditarios
Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez / Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

25 ENDOSCOPIA EN GENERAL
Adenoma gástrico: lo que todo endoscopista debe saber
Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

29 ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO
Colecistectomía de intervalo posterior a drenaje de la vesícula biliar guiado por USE
Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna / Dra. Lucía Vásquez Sánchez

32 MITOS EN MEDICINA
Inmunoterapia aplicada al cáncer colorrectal: hacia un nuevo modelo terapéutico
Dr. José Juan Sánchez Hidalgo / Dra. Lorena López Zepeda

34 MEDI-CINE
Un dolor real
Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Queridos socios:

En esta mi última editorial como Presidente quiero, antes que nada, agradecer a todos por su confianza y por las palabras que me brindaron realzando mi labor al frente de nuestra querida Asociación. Gracias a todos ustedes nuestros eventos fueron un éxito total.

Los días 13 y 14 de septiembre llevamos a cabo el Curso de Posgrado en mi casa, el Hospital General Regional No. 1 “Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro” y quiero agradecer a todo el equipo del Servicio de Endoscopia por el gran esfuerzo y entusiasmo con el que me apoyaron, a los médicos adscritos, residentes y personal de enfermería, así como a los profesores extranjeros: Dra. Elizabeth Barba Orozco, Dr. Ignacio Fernández-Urien Sáinz, Dr. Klaus Mönkemüller, Dr. Rafael Monici de Paula Machado, Dr. Mohamed O. Othman, Dra. Adriana Vaz Safatle-Ribeiro, Dr. Felix Ignacio Téllez Ávila. ¡Gracias por haberse tomado la molestia de viajar desde tan lejos para estar con nosotros.

A los coordinadores del Curso de Posgrado, Dra. Clara Luz Martínez García, Dra. María Elena López Acosta y Dr. Ángel Andrés Reyes Dorantes, gracias por su extraordinaria colaboración.

A los coordinadores de Congreso, Dr. Juan Miguel Abdo Francis, Dr. Aurelio López Colombo y Dr. Omar Edel Trujillo Benavides, gracias por su completa dedicación.



A todas las casas comerciales que contribuyeron con su participación, tanto en el evento de ECOS Endoscópicos Internacionales 2025, así como en la Reunión Nacional, gracias por haber participado.

Y a los mas de 1,300 asistentes a nuestro magno evento, la LIII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal 2025, ¡gracias por haber sido parte de este gran éxito!

Me despido, no sin antes agradecerles por todo su apoyo, su ayuda, por su comprensión; a la Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez y al Dr. Jony Cerna Cardona por no dejarme sola nunca en esta encomienda. Al equipo AMEG: Eli, Vero, Bernie y Omar. Y aprovecho para desearle mucho éxito en su gestión al Dr. Carlos Arróniz Jáuregui.

Les envío un fuerte abrazo.

Dra. Yolanda Zamorano Orozco

Presidente AMEG 2024-2025

“Liderazgo, Inclusión e Innovación”



REUNIÓN NACIONAL DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

**INTEGRACIÓN, UNIÓN Y
EXCELENCIA ENDOSCÓPICA**
55 5523 5218

**SEPTIEMBRE
15 - 19 2026**



La resección endoscópica en *zipper* de la mucosa para tumores submucosos esofágicos

- Los tumores submucosos menores a 2 cm son considerados de bajo riesgo; sin embargo, la resección está recomendada si son sintomáticos o exceden los 2 cm.
- La resección endoscópica por tunelización de la submucosa (STER) se ha usado para este tipo de lesiones; sin embargo, es técnicamente retardadora a nivel esofágico debido al poco espacio disponible para el túnel, con riesgos importantes potenciales como la mediastinitis.
- Un estudio de China propone la técnica endoscópica de resección en *zipper* de la mucosa, donde el tumor es marcado a lo largo de su eje longitudinal, se realiza la

elevación de la mucosa y se hace el corte en la superficie del tumor siguiendo el eje longitudinal, extendiendo sólo 1-2 cm por encima y por debajo de la lesión. Una vez expuesta la lesión, se separa completamente de la mucosa, despegando también de la capa muscular. Si fuera necesario, se termina la resección con un asa. El cierre de la mucosa se realiza con clips, asegurando una alineación adecuada.

- El estudio cuenta con una muestra pequeña de 24 pacientes, con una longitud media del tumor de 3 cm, pero parece ser factible.

¿Quieres saber más?

- Luo Z, Jiangping Y, Hui, Z et al. *Mucosal zipper endoscopic resection (MZER) for esophageal submucosal tumors*. Endoscopy 2025;57:1112-1117.



Síguenos: @endosco_pig



Conoce a nuestros socios del país

Dra. Verónica Leonor Villagrán Villegas

Nací en la ciudad de Xalapa, Veracruz, rodeada del bosque de niebla, siendo la segunda de cinco hermanos. Estudié en la Facultad de Medicina de Xalapa de la Universidad Veracruzana, inicié mi residencia médica en la subsele el Hospital Regional de Zona No.1, antes denominado Gabriel Mancera y hoy conocido como Carlos Mc Gregor, Los siguientes años me formé en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, regresé a mi natal Xalapa y apliqué al curso de alta especialidad de endoscopia gastrointestinal avalado por la máxima casa de estudios de la UNAM en el Instituto Nacional de Cancerología, con estancias en Montevideo y Bogotá.

Fundé y dirigí el área de Endoscopia del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, donde fui profesora adjunta de la especialidad de cirugía general por seis años. Hoy lidero un servicio oncológico de alta demanda en el Centro Estatal de Cancerología de Xalapa desde el año 2018.

Mi práctica institucional y privada integra endoscopia diagnóstica y terapéutica con foco en oncología digestiva: alivio de obstrucciones malignas de esófago, salida gástrica y vía biliar; control de sangrado, dilataciones y colocación de prótesis autoexpandibles. Comprometida con la docencia y la formación de nuevos especialistas, participo en la AMEG, de la cual soy socia activa.

Los trabajos que desempeño reúnen rigor técnico, trato cercano y una convicción clara: devolver calidad de vida a



cada paciente. Ha sido una gran satisfacción apoyar en la formación de asistentes de endoscopia y participar activamente en actividades de nuestra querida asociación.

Contacto

Endoscopia Avanzada
Teléfono: (228) 819 34 19
Instagram: @endoscoavanzada

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Dr. Daniel Urbina León

Soy médico egresado de la UNAM y cursé la especialidad de cirugía general en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (2008-2012). Cursé mi alta especialidad en endoscopia gastrointestinal en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos ISSSTE (2012-2014) y, posteriormente, el curso de alta especialidad en cirugía bariátrica en Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE (2014-2015). Tuve la oportunidad de cursar un Observer Preceptor Fellowship en el Loyola University Medical Center en Maywood, Illinois.

Soy miembro activo de la Asociación Mexicana de Endoscopia desde 2014. Actualmente radico en Ciudad Juárez, Chihuahua y trabajo en Hospital Star Médica Ciudad Juárez. Tengo mi tercera recertificación por parte de CONACEM tanto en cirugía general como endoscopia gastrointestinal.

Mi práctica médica se diversifica entre pacientes con enfermedades gastrointestinales, procedimientos de cirugía general y pacientes con obesidad. Lo que caracteriza mi práctica clínica es una atención de calidad y empática para atender a los pacientes con un enfoque integral que impacte no sólo



en sus problemas de salud sino también en su estilo de vida, promoviendo la alimentación sana, trabajando en conjunto con nutriólogos, internistas, cardiólogos y especialistas de salud mental, particularmente los pacientes bariátricos con enfermedades metabólicas.

La atención médica de la población latina y americana en Ciudad Juárez representa un segmento grande en el sector privado, ya que los centros de Estados Unidos son muy caros y poco resolutivos a comparación de la medicina privada de la frontera que cuenta con centros médicos de alta especialidad y con equipos de endoscopia avanzada.

Además, Ciudad Juárez es una potencia industrial para el país con presencia de 330 empresas maquiladoras que emplean a más de 350,000 personas, muchas de las cuales prefieren su atención médica en instituciones privadas ante la deficiencia actual de los servicios de salud pública en México.

Contacto

Star Medica Ciudad Juárez, Chihuahua
Consultorio 608
Teléfono: 656-306-1122
Correo: danielurbinaleon@gmail.com

Si gustas participar en esta sección contacta a los editores.

Noticias de la Reunión Nacional

Nos es grato presentar a los nuevos socios de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), que fueron aceptados después de haber presentado su trabajo en la Reunión Nacional:

- | | |
|--|--|
| 1. Dr. Adolfo Piedras Hernández | 12. Dr. David Salvador Salgado Carranco |
| 2. Dr. Ale Gibran Alam Gidi | 13. Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena |
| 3. Dr. Alejandro Gutiérrez Atemis | 14. Dr. Enrique Cortínez Encarnación |
| 4. Dr. Alejandro Meneses Parga | 15. Dr. Erick Andrés Ciprés Casillas |
| 5. Dr. Alfredo López Rocha | 16. Dr. Ernesto Javier Medina Ávalos |
| 6. Dr. Ángel Darío Pinedo Vega | 17. Dr. Francisco Sánchez Salinas |
| 7. Dr. Arid Alejandro Díaz de León Rivera | 18. Dr. Gerardo Rendón Romero |
| 8. Dr. Carlos Almeida Nieto | 19. Dra. Guadalupe del Carmen Che Cantun |
| 9. Dr. Carlos Octavio García Gómez | 20. Dr. Hugo Fernando Narvaez González |
| 10. Dr. Christopher Josafat Toranzo González | 21. Dra. Itzel Astudillo López |
| 11. Dra. Claudia Leticia Dorantes Nava | 22. Dr. Iván Govea Hernández |



23. Dr. Iván Lozano García
24. Dr. Jaime Israel Cervantes Contreras
25. Dr. Juan Manuel Reyes Morales
26. Dra. Judith Mojica Trejo
27. Dra. Julieta Colin Garnica
28. Dr. Julio César Pérez Xavier
29. Dra. Ladis Mocheorat Espinosa Martínez
30. Dra. Laura Olivia Rodríguez Muñoz
31. Dra. Lissa María Cruz Rodríguez
32. Dr. Luis Daniel Betancourt Martínez
33. Dr. Luis Mario Guerrero Camarena
34. Dr. Manuel Alejandro Chacón Yax
35. Dra. Mara Luz Terán Estrella
36. Dr. Marcos Marcelo Bocaletti García
37. Dr. Mario Alberto Velázquez Santiago
38. Dr. Miguel Yael Carmona Castillo

39. Dra. Monserrat Yeraldin Munguía Guízar
40. Dr. Octavio Edgardo García Lievano
41. Dr. Óscar Alfredo Juárez León
42. Dr. Paulina Pérez Castañeda
43. Dr. Raúl Sosa Martínez
44. Dr. Ricardo Hernández Cardoza
45. Dr. Roberto Antonio Alvarado Hernández
46. Dr. Rodrigo Silva Martínez
47. Dra. Rosa Carmina Mendoza Sangeado
48. Dra. Sandra Sarahí May López
49. Dr. Semri Emmanuel Nuñez Rodríguez
50. Dr. Sergio Carlos Estévez Cerda
51. Dra. Stephanie López Romero
52. Dra. Tania Isamar Díaz Anguiano
53. Dra. Themis Deaquino Reyes



Y muchas felicidades a los ganadores de los trabajos de la Reunión que fueron:

Primer lugar



Trabajo: Asociación entre pólipos gástricos de glándulas fúndicas y lesiones colorectales: análisis retrospectivo en una cohorte oncológica en población mexicana.

Autor: Dr. Jorge Alberto Saldaña Rodríguez.

Coautores: Dres. Mauro Eduardo Ramírez Solís, Angélica I. Hernández Guerrero.

Hospital: Instituto Nacional de Cancerología.

Segundo lugar



Trabajo: Evaluación de la eficacia de la limpieza del tracto gastrointestinal superior con el uso de simeticona a dosis bajas preprocedimiento vs transprocedimiento.

Autor: Dra. Guadalupe Del Carmen Che Cantun.

Coautores: Dras. Yuridia Renata Macías Ángeles, Yolanda Zamorano Orozco.

Hospital: Hospital General Regional 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro".

Tercer lugar



Trabajo: Viabilidad, tolerabilidad y efectividad de la lactulosa oral como preparación intestinal de ultra bajo volumen para colonoscopia en pacientes hospitalizados.

Autor: Dr. Alejandro Meneses Parga.

Coautores: Dres. Yuridia Renata Macías Ángeles, Yolanda Zamorano Orozco.

Hospital: Hospital General Regional 1 "Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro".

Comité de Mujeres Endoscopistas de la AMEG

“Cada mujer en medicina lleva consigo la fuerza de quienes abrieron camino antes y la esperanza de quienes vendrán después”

En los últimos años, la endoscopia ha avanzado de manera acelerada, exigiendo no sólo la actualización técnica de quienes la practican, sino también la construcción de espacios más inclusivos y representativos. En este contexto nace FemScope, el Comité de Mujeres Endoscopistas de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), como una iniciativa pionera que busca dar voz, visibilidad y oportunidades a las mujeres que ejercen la endoscopia en México.

¿Qué es FemScope?

FemScope es uno de los comités de nuestra asociación que agrupa a mujeres endoscopistas de distintas regiones del país. Su propósito central es impulsar la participación de las mujeres en el ámbito académico, científico y clínico de la endoscopia, así como fortalecer la colaboración y el liderazgo femenino en todas las esferas de la práctica médica.



FemScope se establece como un espacio inclusivo orientado a la colaboración. Nuestro comité tiene la convicción de que el progreso real requiere de trabajo conjunto, por lo que busca promover la cooperación con colegas hombres. La participación de endoscopistas aliados

es esencial para avanzar hacia la equidad; construir una comunidad más justa e incluyente demanda la contribución de diversas voces y talentos. En este sentido, FemScope busca integrar a quienes comparten el objetivo de lograr una endoscopia diversa, solidaria y comprometida



con el trabajo en equipo. Además, reúne a endoscopistas en distintas etapas profesionales: residentes, endoscopistas jóvenes, especialistas consolidadas y líderes de opinión, constituyéndose como un punto de encuentro generacional para compartir experiencias, desafíos y logros.

¿De qué trata la iniciativa?

El comité no se limita a dar proyección, pues su objetivo es transformar la práctica médica desde adentro. Se centra en tres ejes fundamentales:

1. **Académico-científico:** participar en congresos nacionales e internacionales, organización de simposios, talleres y cursos con perspectiva inclusiva.
2. **Mentoría y acompañamiento:** establecer redes de apoyo entre gene-

raciones, para que las endoscopistas jóvenes encuentren en sus colegas mayores una guía en su crecimiento académico y profesional.

3. **Bienestar y equidad:** abordar temas como conciliación trabajo-familia, ergonomía en endoscopia, sustentabilidad, empatía con el paciente, liderazgo médico y promoción de ambientes laborales equitativos.

Objetivos principales

- Fomentar la equidad de género en la endoscopia mexicana.
- Crear redes de mentoría que fortalezcan el desarrollo académico de las nuevas generaciones.
- Promover la investigación y publicación científica liderada por mujeres.

- Apoyar el talento femenino en congresos, mesas redondas y foros nacionales e internacionales.
- Incorporar la perspectiva de género en la toma de decisiones institucionales.
- Generar alianzas internacionales con grupos afines.

Alcances y logros

Desde su creación, y con el apoyo de nuestra expresidente la Dra. Yolanda Zamora no durante su gestión administrativa, FemScope ha logrado:

- Reconocimiento a mujeres endoscopistas destacadas que han contribuido significativamente al avance de la endoscopia y han servido como referentes para las generaciones presentes y futuras.

- Integración de ponentes mujeres en foros y congresos, equilibrando la representación académica.
- Colaboración en nuestra revista *Endoscopia* mediante publicaciones científicas impulsadas por integrantes del comité.
- Colaboración internacional con endoscopistas líderes de otros países latinoamericanos, posicionando a México como referente en inclusión dentro de la endoscopia global.
- Organizar el Simposio FemScope dentro de la reciente LIII Reunión Nacional de Endoscopia Gastrointestinal de nuestra asociación, con alta participación y recepción positiva.
- Generación de comunidad entre mujeres endoscopistas a lo largo del país, además de acompañamiento a endoscopistas en formación, quienes encuentran en FemScope una plataforma para dar sus primeros pasos en escenarios académicos.

Proyectos actuales y futuros

FemScope se encuentra desarrollando una serie de proyectos cuya finalidad es lograr resultados sostenibles a largo plazo:

1. Planeación de un programa de mentorías: vincular a endoscopistas jóvenes con especialistas consolidadas

mediante tutorías personalizadas.

2. Simposios anuales FemScope: espacios académicos de discusión científica con enfoque de género y diversidad.
3. Promover la investigación colaborativa: realización de investigaciones científicas lideradas por mujeres, con publicaciones en *Endoscopia* y revistas indexadas.
4. Plataforma digital FemScope: creación de contenidos educativos, cápsulas informativas y foros virtuales de discusión con participación de ponentes nacionales e internacionales.
5. Alianzas internacionales: fortalecer vínculos con sociedades como

Women in Endoscopy (WIE) y otras afines.

6. Proyectos de bienestar médico: difusión de la enseñanza sobre ergonomía en endoscopia, conciliación familiar y prevención del desgaste profesional en mujeres endoscopistas.

Conclusión

FemScope representa mucho más que un comité: es un movimiento dentro de la endoscopia mexicana que abre caminos, inspira y consolida a las mujeres especialistas como protagonistas en el desarrollo científico, docente y clínico. Con cada paso, nuestro grupo reafirma que el futuro de la endoscopia será más equitativo, diverso y humano, gracias a la fuerza y talento de las mujeres que lo integran.



Utilidad de la pancreatoscopia con SpyGlass en patología pancreática

Dr. Jony Cerna Cardona

Hospital Juárez de México

Dr. Joel Omar Jaquez Quintana

Hospital Universitario UANL

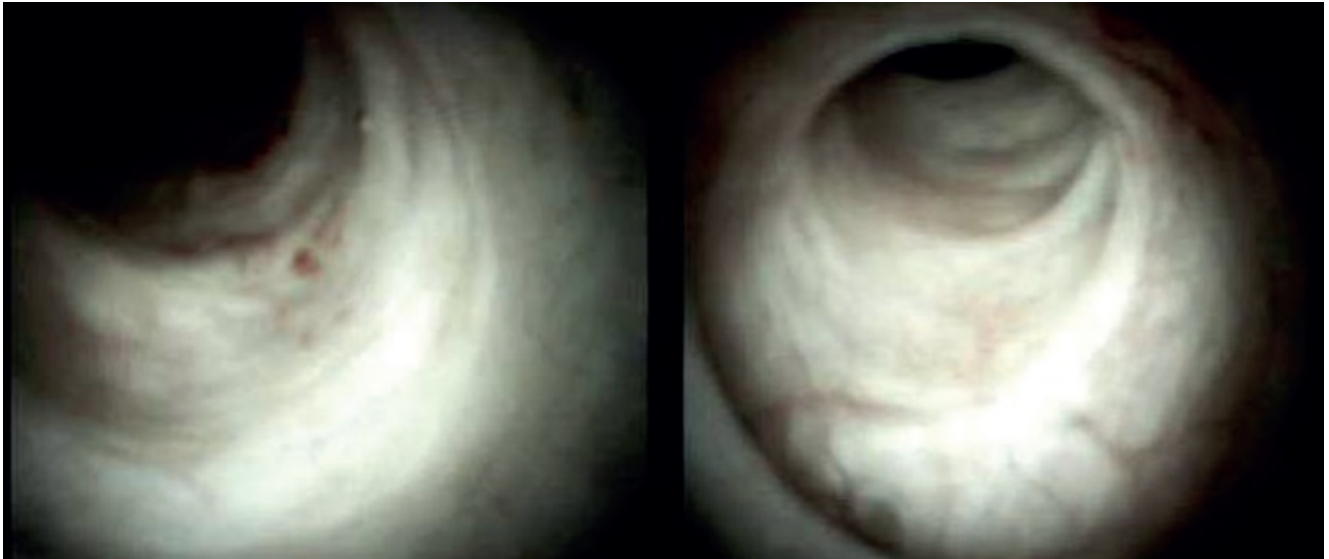


Imagen 1. Pancreatoscopia normal.²

La pancreatoscopia fue desarrollada por primera vez en 1975 y, desde entonces, se han implementado mejoras para resolver distintas limitaciones técnicas.¹ Es una técnica endoscópica avanzada que permite obtener imágenes de alta resolución del conducto pancreático principal (Imagen 1), la cual tiene utilidades diagnósticas y terapéuticas (Tabla 1).

En aplicaciones terapéuticas facilita la fragmentación y extracción de cálculos, así como el manejo de la obstrucción maligna.² En aplicaciones diagnósticas mejora la precisión de las biopsias de lesiones sospechosas especialmente en casos de neoplasias quísticas (Imagen 2), estenosis indeterminadas (Imagen 3) y evaluación de fístulas pancreáticas.

Indicaciones diagnósticas	Indicaciones terapéuticas
Sospecha de neoplasia mucinosa papilar intraductal.	Litiasis pancreática intraductal.
Abordaje de estenosis indeterminada del conducto pancreático.	Manejo de la obstrucción maligna.
Alteraciones del conducto pancreático principal.	
Etapificación de tumores.	
Defectos de repleción.	

Tabla 1. Indicaciones de la pancreatoscopia.^{1,2}

Para realizar la pancreatoscopia, es necesario previamente canular el conducto pancreático principal (CPP) con una guía hidrofílica, realizar una esfinterotomía pancreática, seguido de la introducción del pancreatoscopio. En pacientes con páncreas normofuncionante debe minimizarse el lavado del CPP y mantener un aspirado constante del líquido perfundido, ya que una mayor perfusión aumenta el riesgo de pancreatitis.

Es indispensable el apoyo de la imagen radiológica mediante fluoroscopia de forma intermitente para comprobar la localización del pancreatoscopio y poder determinar de forma más precisa la localización de las lesiones. Se avanza el pancreatoscopio ayudado por la guía hasta la cola del páncreas y se comienza la evaluación retrógrada desde ese sitio.

Las biopsias guiadas por pancreatoscopia con SpyGlass son diagnósticas hasta en el 90.9%, las tasas de sensibilidad y especificidad varían entre 64%-100% y 75%-100%, respectivamente, por lo que la confirmación diagnóstica sigue siendo fundamental.

La pancreatoscopia es útil también para realizar mapeos y detectar lesiones que pasan desapercibidas por otras pruebas. Resuelve además la litiasis pancreática hasta en el 90%-100% de los casos mediante litotricia láser o electrohidráulica, con

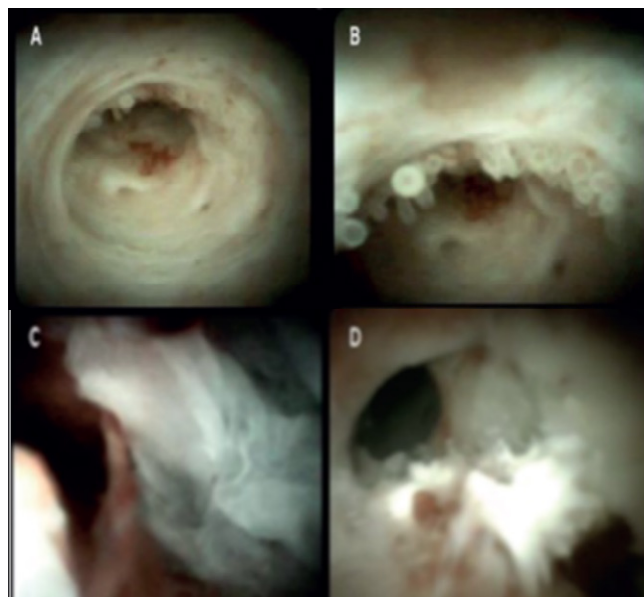


Imagen 2. Neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI). A y B) NMPI de tipo gástrico. C) Secreción mucosa desde una NMPI. D) NMPI y litiasis pancreática.

Evento adverso	Incidencia %
Pancreatitis	4-17%
Hemorragia	3.4%
Perforación	4.3%
Colangitis	3.7%
Eventos adversos relacionados a la sedación	No reportados

Tabla 2. Eventos adversos de la pancreatoscopia.^{1,2,3}

una tasa de éxito técnico del 91.1%, logrando una limpieza completa en más del 90% y mejoría sintomática del 90%, reduciendo necesidad de opiáceos, hospitalizaciones y logrando

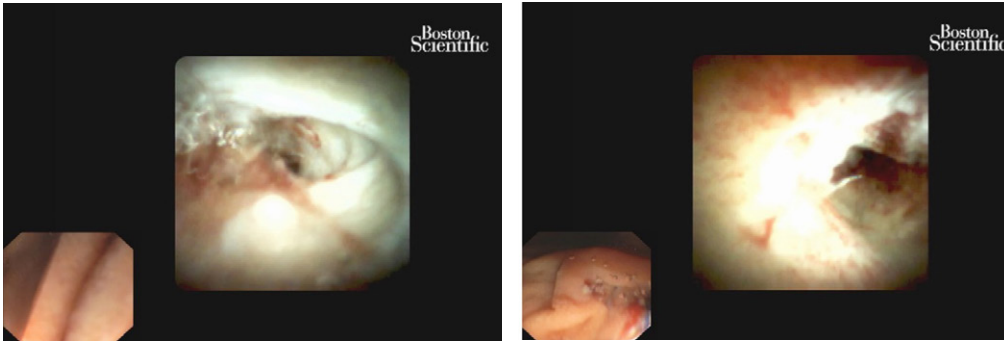


Imagen 3. Estenosis indeterminada del páncreas.³

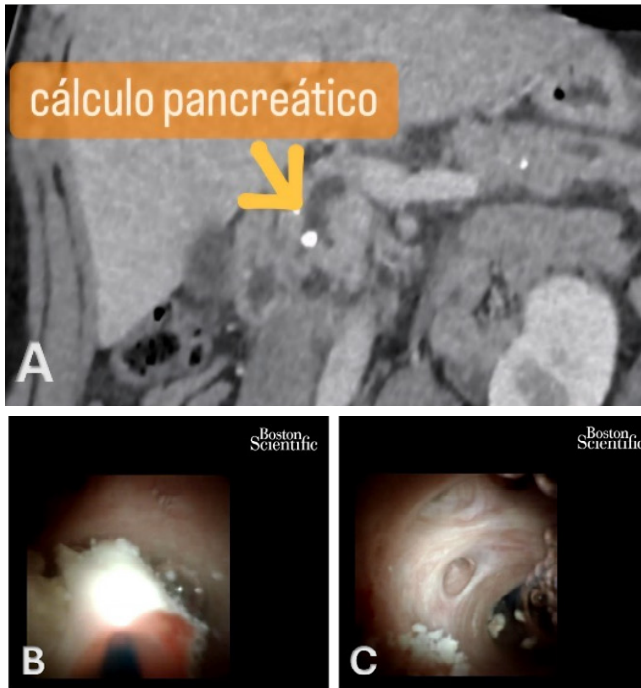


Imagen 4. Litiasis pancreática: A) Estudio de imagen con litiasis pancreática; B) Pancreatoscopia con litotricia láser; C) Lito fragmentado, visión del conducto pancreático principal (Cortesía Dr. Jaquez).

la desaparición del dolor (Imagen 4). El mayor éxito se logra en litiasis de la cabeza y/o cuello, mientras que en litiasis de la cola del páncreas, el éxito clínico alcanza tasas cercanas al 70%.^{1,2,3}

Las complicaciones más comunes son la pancreatitis posprocedimiento, dolor abdominal autolimitado y excepcionalmente la muerte. El incremento de la presión intraductal combinado con la inyección de solución salina en el conducto pancreático, son los mecanismos fisiopatológicos involucrados en el incremento de pancreatitis posprocedimiento (Tabla 2).^{1,2,3}

En conclusión, la pancreatoscopia es una herramienta costo-efectiva en el diagnóstico y tratamiento de patologías pancreáticas complejas. No sólo permite un diagnóstico más preciso, sino que también puede modificar las decisiones quirúrgicas, reduciendo potencialmente los procedimientos innecesarios.

Referencias

1. Mansilla-Vivar R, Segovia-Vergara E, Pons-Beltrán V. *Pancreatocopy in the evaluation and management of pancreatic disorders*. World J Gastrointest Endosc 2025; 17(7): 107645.
2. Mansilla R, et al. *Pancreatocopy: Applications and recommendations*. Gastroenterol. latinoam 2024; Vol 35, N° 2: 50-55.
3. De Luca L, Repici A, Koçollari A, Auriemma F, Bianchetti M, Mangiavillano B. *Pancreatocopy: An update*. World J Gastrointest Endosc 2019; 11(1): 22-30.

Miotomía endoscópica (POEM) en pacientes con miotomía de Heller fallida y funduplicatura Nissen

Dr. Alfredo Hernández González

Residente Cirugía General, UMAE 14 IMSS

Dr. José Miguel Espinosa González

Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Universitario de Puebla BUAP

En nuestra experiencia en la Unidad de Endoscopia Terapéutica del Hospital Universitario de Puebla de la BUAP, hemos abordado extensamente el tema de la acalasia y su tratamiento endoscópico, específicamente mediante la miotomía endoscópica peroral (POEM). Este enfoque ha demostrado ser altamente efectivo, especialmente en pacientes que no han logrado resultados satisfactorios tras una miotomía de Heller laparoscópica (MHL) con funduplicatura.

Es importante señalar que, aunque la miotomía de Heller es el tratamiento más utilizado en nuestro medio, algunos pacientes pueden experimentar falla al tratamiento o una recidiva de la enfermedad, manifestando nuevamente síntomas tras un periodo de mejoría. En estos casos, la opción de miotomía endoscópica se ha es-

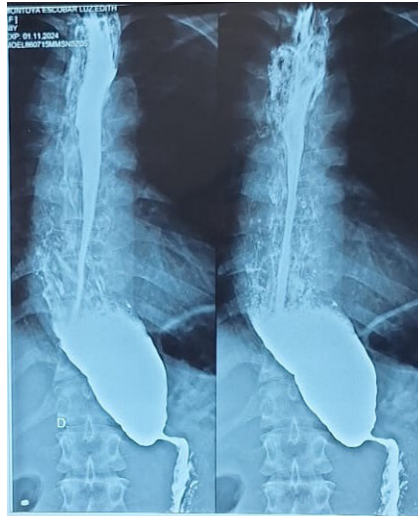


Imagen 1. Esófagograma que muestra imagen en pico de pájaro.

tablecido como el estándar de tratamiento.

En este artículo, presentaremos los casos de pacientes con fallos en la miotomía

de Heller, pero con funduplicatura tipo Nissen, que consiste en una envoltura de 360°; sin embargo, es recomendable considerar una funduplicatura parcial cuando se realiza la miotomía de Heller.

Todos los casos que se discutirán presentan la característica común de haber fracasado ante el tratamiento quirúrgico, sin haber logrado una resolución de la disfagia, con una puntuación en la escala de Eckardt superior a cinco puntos. Compartiremos nuestra experiencia y resultados en este contexto, destacando la relevancia de las opciones terapéuticas disponibles para el manejo de esta compleja condición.

La evaluación posterior a eventos quirúrgicos como la MHL o el POEM se basa en el puntaje de Eckardt, el cual debería de ser menor a tres y mantenerse,

Características	POEM	Heller + funduplicatura (MHL)
Éxito clínico	≥98% en síntomas, mejores resultados en acalasia tipo III.	80%-92%, función estable a largo plazo.
Tiempo quirúrgico	Mucho más breve (~100 min vs ~260 min).	Mayor duración de operación.
Longitud de miotomía	Hasta ~16 cm (permite tratar espasmos proximales).	8 cm, limitado en acalasia tipo III.
Complicaciones	<10% (en reporte tipo III: 6%).	20%-27% en algunos estudios.
Dolor y recuperación	Menor dolor, alta comodidad posoperatoria.	Algo mayor, recuperación más lenta.
Riesgo de reflujo gastroesofágico	Reflujo frecuente (~30%–60%), requiere IBP.	Menor reflujo si se le añade funduplicatura, 5%-10%.
Reintervención	Repetible (POEM de rescate si falla).	Reintervención más compleja.

Tabla 1. Resumen comparativo ente POEM y MHL con funduplicatura.

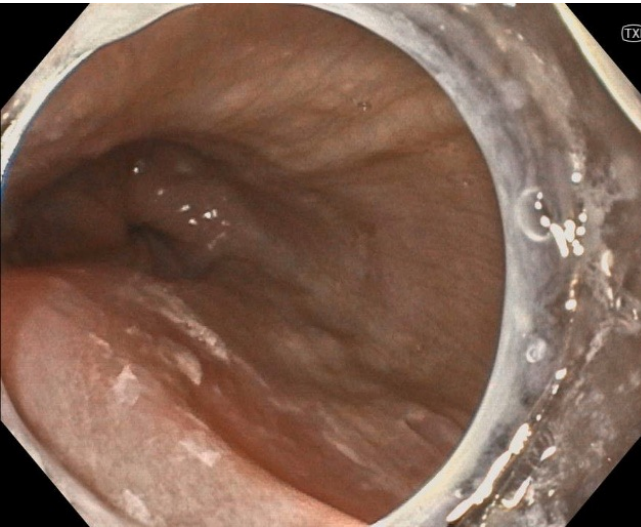


Imagen 2. Paciente con acalasia posMHL fallida.

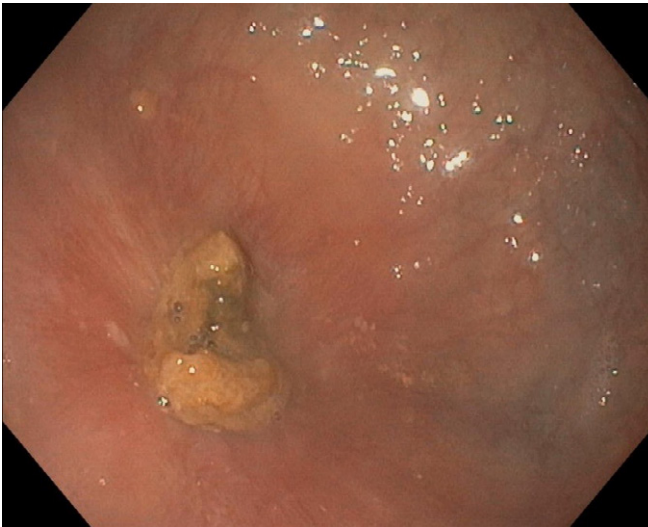


Imagen 3. Paciente con acalasia posMHL fallida donde se observan restos de alimento en UEG.

Sexo	Edad (años)	Tipo de acalasia	MHL + funduplicatura	Eckardt posMHL	POEM	Eckardt posPOEM	Longitud de miotomía
Femenino	26	II	Nissen	8	05/04/2024	2	7 cm
Masculino	18	II	Nissen	9	19/11/2024	2	6 cm
Femenino	16	II	Nissen	8	10/12/2024	1	10 cm
Femenino	39	II	Nissen	9	14/07/2015	2	8 cm

Tabla 2. Resultados obtenidos en la intervención de pacientes posMHL fallida y la longitud de miotomía realizada.

demonstrando éxito ante el tratamiento. Estudios previos han demostrado resultados similares al comparar POEM y la MHL, encontrando que los pacientes del grupo POEM tuvieron puntajes de Eckardt más bajos después del procedimiento en comparación con el grupo MHL (Tabla 1).²

Entre los factores más importantes para el fallo de una tratamiento quirúrgico laparoscópico o endoscópico destacan la miotomía incompleta (inadecuada extensión proximal o distal), fibrosis cicatrizal postquirúrgica o adherencias, reflujo gastroesofágico severo no controlado, hernia hiatal no tratada, acalasia tipo III tratada con MHL, la cual se ha documentado que tiene mejor respuesta con POEM, ya que puedes realizar la miotomía desde el segmento espástico lo cual no es posible por laparoscopia.

Las estrategias de tratamiento ante falla terapéutica son dilatación con balón,

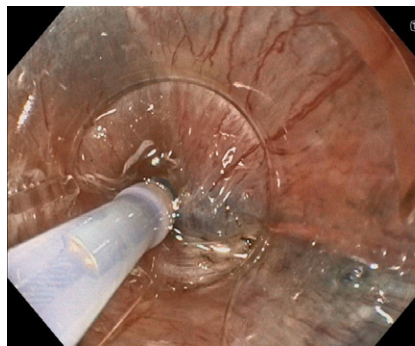


Imagen 5 y 6. Dificultad ante la tunelización en sitio de funduplicatura completa. Imagen tomada de la Unidad de Endoscopia del Hopsital Universitario de Puebla.

re-Heller y POEM; la más utilizada en nuestro medio es la dilatación con balón; sin embargo, ya múltiples estudios demuestran de forma contundente que tiene mejores resultados realizar POEM ante una falla quirúrgica o recidiva, y por último las reintervenciones de MHL que se vuelve técnicamente desafiantes y están asociadas a tasas más bajas de eficacia y complicaciones más altas incluso en manos experimentadas.³

Los criterios de falla en el tratamiento quirúrgico posterior a una MHL son:

Clínicos:

- 1) Persistencia o recurrencia de la disfagia.
- 2) Escala de Eckardt mayor a tres puntos.

Gabinete:

- 1) Retención de bario esofágico mayor a cinco minutos.
- 2) Signo de pico de pájaro (Imagen 1).



Imagen 7 y 8. Miotomía en pacientes con MHL fallida y funduplicatura. Imagen en retrovisión con apertura de hiato posPOEM.

3) Manometría esofágica con aumento del IRP.

4) Endoscopia con evidencia de estasis persistente y resistencia en la unión esófago gástrica.

En la unidad de endoscopia atendemos pacientes que cumplen criterios de falla en MHL los cuales se evalúan mediante puntaje Eckardt, además de esofagograma con contraste baritado.⁴

Mediante evaluación endoscópica previa al POEM, se observa en esófago mucosa de aspecto aterciopelado (Imagen 2), con abundante moco y residuos que nos orienta a que el paciente se encuentra sin mejoría clínica. A la altura de la unión esofagogástrica (UEG) existe resistencia al paso del endoscopio. A la retroversión se observa rodete de mucosa gástrica que

condiciona mayor estreches en la UEG.⁵

Nuestros resultados de pacientes sometidos a POEM en la unidad están dentro de lo establecido en la literatura internacional, procedimientos de corta duración, menor dolor postquirúrgico, mejoría de los síntomas con Eckardt de dos puntos o menos, logrando ser un procedimiento eficaz de rescate en miotomía fallida con funduplicatura Nissen.⁶

Referencias

1. Khaizer A, Baig M, Forcione D, Bechtold M, Puli SR. *Efficacy and safety of peroral myotomy (POEM) in achalasia: An updated meta-analysis*. Middle East J Dig Dis. 2023;15(4):235–41.
2. Kumbhari V, Tieu AH, Onimaru M, El Zein MH, Teitelbaum EN, Ujiki MB, et al. *Peroral endoscopic myotomy (POEM) vs laparoscopic Heller myotomy (LHM) for the treatment*

of Type III achalasia in 75 patients: a multi-center comparative study. Endosc Int Open . 2015;3(3):E195–201.

3. Chauhan V, Nekarakanti PK, Balachandra D, Choudhary D, Sachdeva S, Nag HH. *The outcome of 100 patients with achalasia cardia following laparoscopic Heller myotomy with blunt dissection technique*. J Minim Access Surg. 2023;19(3):408–13.
4. Capovilla G, Salvador R, Provenzano L, Valmasoni M, Moletta L, Pierobon ES, et al. *Laparoscopic revisional surgery after failed Heller myotomy for esophageal achalasia: Long-term outcome at a single tertiary center*. J Gastrointest Surg. 2021;25(9):2208–17.
5. Tyberg A, Sharaiha RZ, Familiari P, Costamagna G, Casas F, Kumta NA, et al. *Peroral endoscopic myotomy as salvation technique post-Heller: International experience*. Dig Endosc 2018;30(1):52–6.
6. Sobral, J., Machado, M., Barbosa, J.P. et al. *Achalasia: laparoscopic Heller myotomy with fundoplication versus peroral endoscopic myotomy—a systematic review and meta-analysis*. Esophagus 21, 298–305 (2024).



Tiene las siguientes ventajas:

- ✓ **No absorbible** (<1%)
- ✓ **Amplio espectro** bacteriano frente Gram positivos y negativos
- ✓ **Altas concentraciones** en la luz intestinal
- ✓ **No provoca alteraciones** importantes en la microbiota intestinal

Las recomendaciones para el uso de antibióticos se basan en la relación propuesta entre **el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado y la malabsorción o la producción excesiva de gas.**



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

Revisar IPP:



Enteroscopia monobalón vs videocápsula endoscópica en síndromes polipósicos hereditarios

Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez

Hospital San Ángel Inn Patriotismo

Dra. Claudia Patricia Carvallo Guevara

Centro Médico Dalinde, CDMX

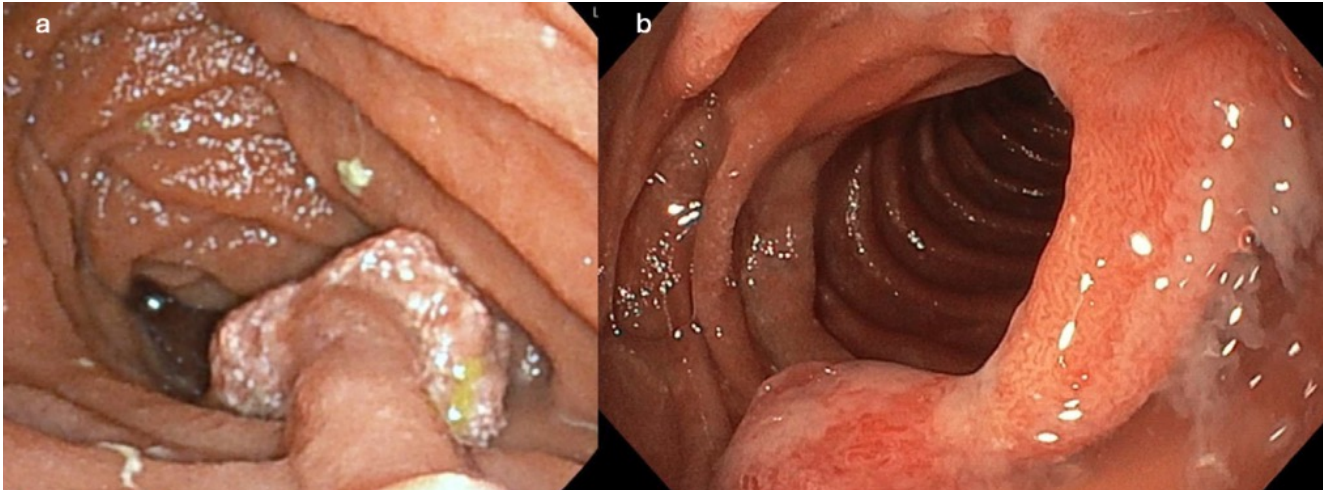


Imagen 1. Pólipos hamartomatosos en el Síndrome de Peutz-Jeghers por enteroscopia.

En pacientes con síndromes polipósicos hereditarios (SPH), como el síndrome de Peutz-Jeghers (SPJe) y la poliposis adenomatosa familiar (PAF), la vigilancia del intestino delgado resulta fundamental para la detección precoz y el abordaje oportuno de pólipos con potencial de hemorragia, obstrucción o

transformación maligna. La videocápsula endoscópica (VCE) es habitualmente el método diagnóstico de primera línea, mientras que la enteroscopia asistida por dispositivos se reserva para confirmación diagnóstica y tratamiento.

El estudio realizado por Losurdo G y colaboradores¹ evaluó

la utilidad, eficacia diagnóstica y seguridad de la enteroscopia monobalón (EMB) en comparación con la VCE en pacientes con SPH atendidos en un centro de referencia en Italia. Este análisis retrospectivo incluyó a pacientes diagnosticados con SPH: SPJe, PAF, Síndrome de Cowden (SC) y Síndrome de Pólipos juveniles (SPJu) sometidos tanto a VCE como a EMB entre 2016 y 2023.

Se analizaron parámetros como el rendimiento diagnóstico, la concordancia en la detección de pólipos y la seguridad de los procedimientos. Adicionalmente, la EMB permitió la toma de biopsias y extracción de pólipos cuando fue indicado. Las EMB se llevaron a cabo con un enteroscopio Olympus SIF-Q180 y sobretubo (Olympus America Inc.), bajo anestesia general e intubación orotraqueal. La vía de acceso dependió de los hallazgos obtenidos por la VCE: se empleó una ruta anterógrada si los pólipos se localizaban en el primer 60% del tránsito intestinal, determinada mediante el tiempo de aparición de las lesiones con respecto al tránsito total; en caso contrario, se optó por la vía retrógrada.

Para los estudios anterógrados, los pacientes realizaron ayuno nocturno; en los procedimientos retrógrados, la preparación consistió en la administración de tres litros de polietilenglicol la noche anterior y uno adicional la mañana del estudio, tres horas antes del inicio. Para evaluar la profundidad de inserción, se realizó un tatuaje con tinta en el punto más distal alcanzado. El tamaño de los pólipos se estimó comparando con el diámetro del asa de polipectomía. Se emplearon técnicas como la resección mucosa endoscópica (REM) en bloque o fragmentada y la polipectomía con asa caliente. La selección de la técnica, así como el uso de inyección submucosa con solución salina/adrenalina diluida y la colocación de *hemoclips*, quedó a criterio del endoscopista según las características morfológicas y de riesgo del pólipo.

Las complicaciones asociadas a la enteroscopia (hemorragia, perforación, pancreatitis aguda) se documentaron sistemáticamente y se clasificaron en intraprocedimiento y posprocedimiento (tempranas: ≤ 24 horas; tardías: 2-30 días). Posteriormente, los resultados de la VCE previa fueron cotejados con los hallazgos de la EMB para valorar la concordancia y el rendimiento diagnóstico.

Las VCE utilizadas correspondieron a modelos Pillcam SB2 y SB3 (Medtronic, Irlanda). La preparación consistió en ayuno de doce horas y la ingesta de tres litros de polietilenglicol la noche anterior y un litro adicional la mañana del estudio. Durante el procedimiento, a las dos horas se permitieron líquidos claros y comidas ligeras tras cuatro horas de ingerir la cápsula. La cápsula grabó imágenes durante doce horas, tras lo cual se retiró la grabadora y las imágenes se analizaron mediante el software RAPID. El intestino delgado se dividió en tercios proximal, medio y distal, según el tiempo de tránsito para la interpretación de los hallazgos.

Resultados principales

Se incluyeron 17 pacientes (ocho hombres, nueve mujeres; edad media 55 años, rango 29-82) con SPH: cuatro SPJe, cuatro SPJu, tres SC, cinco PAF y un Lynch. Se realizaron 35 EMB: siete en SPJu, dos en Lynch, cuatro en SC, siete en SPJe y quince en PAF. El acceso fue anterógrado en 27, retrógrado en siete y uno fue bidireccional. Se encontraron pólipos en 19 procedimientos (54%), con tamaños de 3 a 30 mm, distribuidos: seis en SPJu, cuatro en SPJe (Imagen 1), dos en SC, siete PAF; no se detectaron pólipos en el paciente con Lynch. El resto de hallazgos se describen en la Tabla 1.

La concordancia entre VCE y EMB fue considerada moderada con un índice de concordancia de Cohen de $k=0.516$; sensibilidad 76%, especificidad 73%, VPP 84%,

VPN 62%. En seis casos (un SPJu, un CS, cuatro FAP), la enteroscopia detectó pólipos yeyunales pequeños (2-7 mm) que la cápsula no identificó. En los pacientes evaluados, la EMB se asoció con baja tasa de complicaciones (una hemorragia temprana intraprocedimiento tratado con *hemoclips* y dos con dolor abdominal posprocedimiento) y permitió polipectomías con seguridad. La EMB resultó especialmente útil en pacientes con pólipos sintomáticos o de tamaño significativo.

La VCE sigue siendo útil como herramienta de tamizaje inicial en poliposis hereditaria, dado su carácter no invasivo y capacidad para revisar todo el intestino delgado. La EMB ofrece ventajas claras: confirmación histológica, resección terapéutica y resolución de complicaciones. El estudio respalda un enfoque combinado: iniciar con VCE para mapear lesiones y continuar con EMB en casos seleccionados para tratamiento. La baja tasa de complicaciones respalda la seguridad de la EMB, incluso en este grupo de pacientes de alto riesgo.

Este estudio italiano demuestra que la EMB es una técnica segura y complementaria a la cápsula, con un impacto directo en la calidad del seguimiento y en la prevención de complicaciones.

Referencias

1. Losurdo G, Rima R, Castiglione Minischetti A, Rizzi S, Iannone A, Celiberto F, Ierardi E, Di Leo A, Barone M, Principi M. *Utility, Performance and Safety of Single Balloon Enteroscopy in Patients with Hereditary Polyposis Syndromes*. JGLD [Internet]. 2025 Jun. 28 [cited 2025 Sep. 19];34(2):174-80. Available from: <https://jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/5977>

Parámetro	Valor
Número total de procedimientos	35
Número de EMB por enfermedad, n (%)	
• SPJu (Síndrome de poliposis juvenil)	7 (20)
• STHH (Síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria)	2 (6)
• SC	4 (11)
• SPJe (Síndrome de Peutz-Jeghers)	7 (20)
• FAP (Poliposis adenomatosa familiar)	15 (43)
Ruta de la EMB, n (%)	
• Anterógrada	27 (77)
• Retrógrada	7 (20)
• Bidireccional	1 (3)
Número de EMB con hallazgo de pólipos, n (%)	19 (54)
• SPJu	6 (32)
• SPJe	4 (21)
• SC	2 (11)
• PAF	7 (37)
• STHH	0
Tamaño de pólipos, rango (mm)	2-30
Número total de polipectomías	13
Número de pólipos resecaados por EMB, mediana (rango)	3 (1-6)
Número de EMB relacionados con complicaciones, n (%)	3 (9)

Tabla 1. Hallazgos de la enteroscopia monobalón.

Adenoma gástrico: lo que todo endoscopista debe saber

¿Resecaste un pólipo gástrico y reportaron adenoma? ¿Cuál es su potencial maligno? ¿Requiere vigilancia? ¿Ese paciente requiere algún otro tratamiento?

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

Hospital San Ángel Inn Universidad

Hospital de Especialidades CMN SXXI

Los adenomas gástricos (AG) representan entre 1-10% de los pólipos gástricos. No tienen predominio de sexo y la edad promedio al diagnóstico es en la séptima década de la vida. Se observan con frecuencia asociados a gastropatía atrófica y metaplasia intestinal (asociada a infección por *Helicobacter pylori* o por gastritis autoinmune), por lo que pueden considerarse precursoras del adenocarcinoma gástrico. La presencia de AG puede asociarse a adenocarcinomas sincrónicos y metacrónicos, siendo los primeros hasta en el 30% de los casos.¹

Potencial maligno

El riesgo de malignidad es mayor que los de otros pólipos y dependerá del tamaño y de si presentan componente vellosos o tubular. En general se estima potencial maligno del 1.3% anual, que incrementa hasta en 50% en lesiones mayores a 20 mm, que tienen componente vellosos o displasia de alto grado.²

Histopatología

Los AG se pueden dividir en adenomas derivados de superficies epiteliales (intestinales y foveolares) o de tejido glandular (pilórico u oxíntico). Los tipos de glándulas intestinales presentan un mayor riesgo de progresión a cáncer gástrico en comparación con los de glándulas foveolares y oxínticas.¹

Subtipos y asociaciones clínicas

- **Adenoma tipo intestinal:** el más frecuente, a menudo sobre gastritis atrófica o metaplasia intestinal. El riesgo aumenta con tamaño y grado.
- **Adenoma tipo foveolar:** aparece con relativa frecuencia en estómago *Hp*-naïve (sin infección por *Hp*) y puede imitar pólipo hiperplásico. Diagnóstico endoscópico apoyado por NBI.
- **Adenoma tipo pilórico (AGP):** se desarrollan en tres escenarios: gastritis atrófica crónica (asociada a gastritis autoinmune), síndrome de predisposición hereditaria

(PAF y MAP) y, esporádicamente, en mucosa normal. Cuando se asocia a gastritis autoinmune, el riesgo de carcinoma es del 12%-51%, por lo que requiere la resección completa de forma imperativa.

- **Lesiones de linaje de glándulas fúndicas (adenoma oxíntico):** entidad reciente con fenotipos fúndicos; puede simular lesiones subepiteliales y requerir evaluación cuidadosa con NBI/magnificación

Características endoscópicas

Los adenomas gástricos suelen ser únicos (82%), menores de 20 mm y se localizan en el antro y la incisura. Presentan un aspecto lobulado pálido y pueden ser sésiles (Paris 0-Is), pediculadas (Paris 0-Ip) o planas y elevadas (Paris 0-IIa) (Imagen 1).^{1,2}

Los patrones superficiales pueden ser tubulares o vellosos, y una irregularidad en el patrón vascular puede sugerir un mayor grado de displasia.³

Manejo

Ante la sospecha de un AG, su diagnóstico y grado de displasia deben confirmarse mediante un análisis histológico antes de realizar el tratamiento. Se debe realizar una evaluación exhaustiva del estómago debido al riesgo de neoplasia sincrónica, gastritis atrófica y metaplasia intestinal. Es importante investigar la infección por *Hp* y, de identificarse, erradicarla.³

Todos los AG deben resecarse endoscópicamente con escisión completa para un examen histológico adecuado. La resección endoscópica de la mucosa (REM) es alternativa sólo en lesiones Paris 0-IIa, ≤10 mm con baja probabilidad de malignidad y se recomienda el uso de cromoendoscopia digital o vital para guiar biopsias/resección.

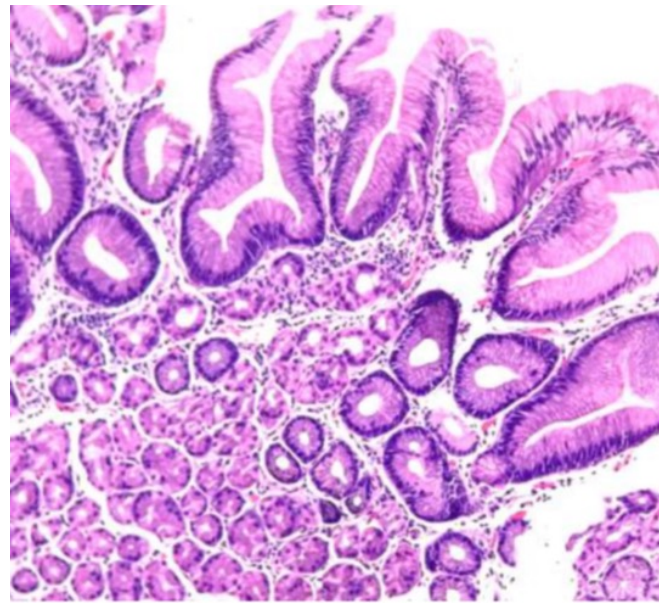


Imagen 1. Adenoma gástrico tipo foveolar.

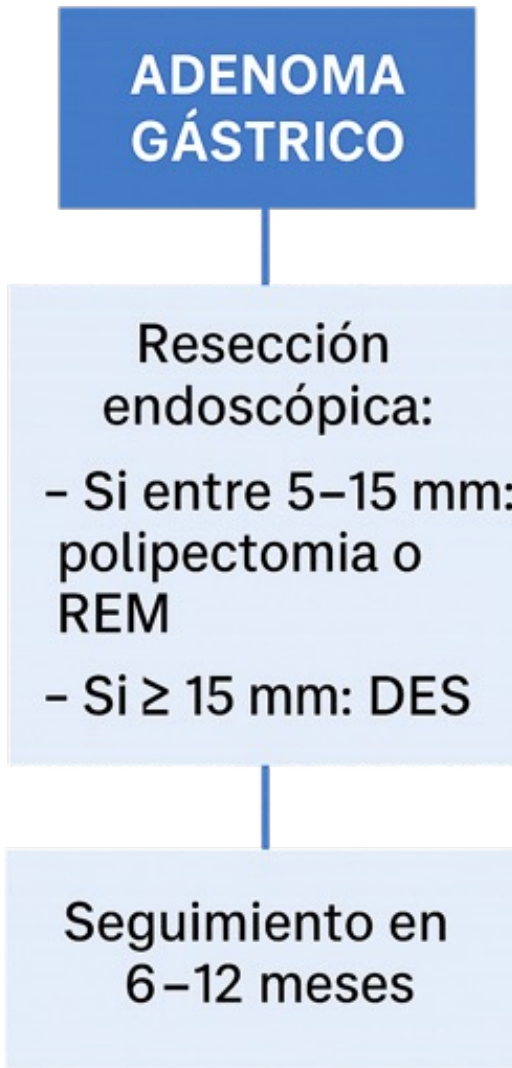


Gráfico 1. Manejo de adenoma gástrico.

Se sugiere la disección endoscópica de la submucosa (DES) para los adenomas sésiles mayores de 15 mm, ya que estos casos presentan un mayor riesgo de neoplasia invasiva; con la DES, la escisión en bloque es más factible; en consecuencia, el riesgo de recurrencia es menor que con la REM (Gráfico 1).

El seguimiento depende del tamaño, grado de displasia y tipo de AG, en pólipos mayores a 15-20 mm debe realizarse un seguimiento endoscópico de seis a doce meses después de la resección para evaluar la cicatrización y detectar cualquier recurrencia temprana. Tras resección curativa, no hay terapia adicional; la vigilancia de la mucosa remanente se guía por el riesgo de la gastritis —OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment), OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia), EGGIM (Endoscopic Grading of Gastric Intestinal Metaplasia). Erradicar *H. pylori* reduce metacrónicos tras resección.⁴

Referencias

1. Reyes-Placencia D, Cantú-Germano E, Latorre G, Espino A, Fernández-Esparrach G, Moreira L. Gastric Epithelial Polyps: Current Diagnosis, Management, and Endoscopic Frontiers. *Cancers*. 2024, 8;16(22):3771.
2. Castro, R.; Pimentel-Nunes, P.; Dinis-Ribeiro, M. Evaluation and Management of Gastric Epithelial Polyps. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol*. 2017, 31, 381–387.
3. Waldum, H.; Fossmark, R. Gastritis, Gastric Polyps and Gastric Cancer. *Int. J. Mol. Sci*. 2021, 22, 6548.
4. Dinis-Ribeiro M, Libânio D, Uchima H, et al. Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025. *Endoscopy*. 2025 May;57(5):504-554.

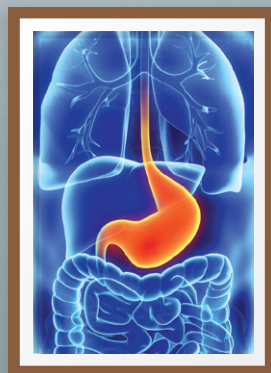
Ulsen® PCS

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®

GEMA

Colecistectomía de intervalo posterior a drenaje de la vesícula biliar guiado por USE

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Hospital General de Tláhuac

El estándar de oro para la colecistitis aguda es la colecistectomía, sin embargo, hay opciones no quirúrgicas para pacientes que no son candidatos a cirugía. De acuerdo con las guías de Tokio, la colecistectomía laparoscópica temprana es el tratamiento de elección para el manejo de la colecistitis aguda, aunque, si los pacientes tienen alto riesgo quirúrgico (índice de comorbilidades de Charlson ≥ 6), podría ser retrasada.

Dentro de las opciones no quirúrgicas, el drenaje percutáneo de la vesícula biliar (PTGBD) se asocia a tasas altas de eventos adversos como obstrucción del drenaje, colangitis y colecistitis recurrente. En las opciones endoscópicas se encuentra el drenaje transpapilar (ETGBD) y el drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (USE-GBD). El primero es técnicamente demandante con tasas bajas de éxito, mientras que el segundo ha mostrado ventajas en la evidencia reciente en la literatura, ofreciendo una terapia definitiva en pacientes no candidatos a cirugía mediante la formación de una fístula colecistoentérica; sin embargo, se cree que aumenta la complejidad técnica de la colecistectomía una vez pasado el episodio agudo. Actualmente hay reportes que sugieren la factibilidad del USE-GBD como puente a una colecistectomía definitiva de intervalo.

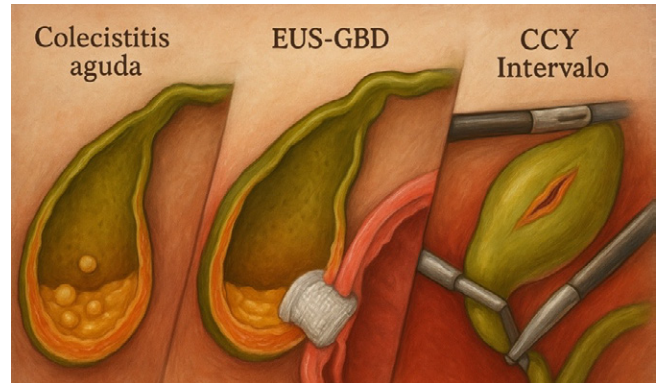


Imagen 1. Colecistitis aguda, EUS-GBD y colecistectomía de intervalo.

Recientemente se publicó una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó estudios que informaron el uso de USE-GBD para colecistitis aguda antes de la colecistectomía de intervalo. Los resultados primarios evaluados fueron la proporción de éxito técnico de la colecistectomía de intervalo, la tasa de abordaje laparoscópico, la tasa de colecistectomía abierta y la tasa de conversión de cirugía laparoscópica a abierta. Los resultados secundarios fueron los eventos adversos, el sitio de USE-GBD (estómago, duodeno o yeyuno), el tiempo del procedimiento, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Se incluyeron quince estudios con 707 pacientes, de los cuales la mayoría fueron retrospectivos. La edad media fue de 72 años y

51% fueron hombres. La colecistitis litíase fue la etiología más frecuente (67.2%), la alitiásica 15.1% y por malignidad 9.3%. La razón del alto riesgo quirúrgico fue documentada en sólo 33.5% de los pacientes, encontrando presencia de comorbilidades importantes no especificadas en 53.1% (índice de Charlson media de seis puntos); malignidad en 32.5% y la edad en 13.9%. El sitio principal del USE-GBD fue hacia duodeno en 43% de los pacientes, al estómago en 28% y a yeyuno en 0.7%.

La proporción agrupada de la colecistectomía de intervalo posterior a USE-GBD fue del 33%. Siete estudios reportaron la técnica quirúrgica, de los cuales la colecistectomía laparoscópica se llevó a cabo en 76% de los pacientes, el abordaje abierto en el 14.5% y la cirugía laparoscópica convertida a abierta en el 14%.

Hay factores de riesgo asociados a la conversión, que incluyen edad avanzada, duración de síntomas de más de 72 horas y presencia de fibrosis y adherencias en la cirugía. Estas últimas, junto con la fístula colecistoentérica, pueden contribuir a la dificultad técnica y al riesgo mayor de conversión. Sin embargo, las razones de conversión en pacientes con antecedente de USE-GBD son las mismas que en cualquier otro escenario de colecistectomía laparoscópica, donde alrededor del 25% de la conversión está asociada a adherencias firmes, en cuyo caso hay técnicas para tratar estos escenarios, como son la colecistectomía subtotal, dividir la pared de la vesícula dejando una parte de ella en el duodeno, o el uso de engrapadora quirúrgica lineal, maniobras que puede disminuir significativamente la tasa de conversión.

Por otro lado, Tyberg y colaboradores reportaron un 7% de cirugía abortada, dos casos por inflamación persistente y un paciente por carcinomatosis peritoneal. El grupo de Matsubara describió que en aquellos pacientes que no fueron a colecistectomía de intervalo, no presentaron recurrencia de la colecistitis ni eventos adversos tardíos en un periodo de seis meses de seguimiento mientras la prótesis metálica se mantuvo en posición.

El tiempo entre el USE-GBD y la colecistectomía de intervalo fue de 45 días en promedio, con un tiempo quirúrgico medio de 118 minutos. Tres estudios describieron los hallazgos quirúrgicos encontrando fibrosis y/o adherencias en 100% de los pacientes. Dos estudios reportaron en promedio 62 ml de sangrado transquirúrgico. El tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 5.4 días. La media de seguimiento fue de 96 días en cuatro estudios.

La tasa de eventos adversos de la colecistectomía de intervalo fue del 13%, donde el 7.6% fue por infección postquirúrgica, de las cuales seis pacientes presentaron peritonitis, absceso en cuatro de ellos, tres con infección de sitio quirúrgico y un paciente con choque séptico. La hemorragia transoperatoria fue del 1.2%. No se documentaron colecistitis agudas recurrentes, ni mortalidad relacionada al procedimiento.

Se realizó un análisis de subgrupo comparando los resultados de la colecistectomía de intervalo posterior a USE-GBD versus PTGBD. El rango de la colecistectomía posterior a USE-GBD fue del 5% al 100%, siendo menor respecto al PTGBD (25.6% al 100%). La tasa de conversión de abordaje laparoscópico a abierto fue mayor en el grupo de PTGBD (4.7%-13.04% *vs* 0%-8.7%).

El metaanálisis muestra que la colecistectomía de intervalo se puede llevar a cabo de manera exitosa posterior a USE-GBD; sin embargo, es técnicamente demandante, con mayor riesgo de conversión de cirugía laparoscópica a abierta, por lo que se recomienda que antes de realizar un drenaje de este tipo se considere la experiencia local del grupo quirúrgico.

Referencias

1. Arayakarnkul S, Blomker J, Sultan Seid A. *et al. Outcomes of interval cholecystectomy after EUS-guided gallbladder drainage: a systematic review.* Gastrointest Endosc 2025 Aug, 102(2):172-180.e3.
2. Krishna A, Kumar Rai S, Jain M *et al. Outcomes of various bailout strategies for managing different categories of difficult laparoscopic cholecystectomy – An experience of over two decades from a single surgical unit at a tertiary care teaching hospital.* J Minim Access Surg. 2025 Jul 22.

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. Abo-Faria JM, Cabrera-Alvarez G, Martínez-Torres H, Remes-Torche JM. Efficacy and safety comparative study of dexrabeprazole vs. esomeprazole for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Gac Med Mex*. 2022;158(6):423-429. English. doi: 10.24855/GMMEX20200722. PMID: 3665739
2. Pai V, Pal 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):4100-2. doi: 10.3748/wjg.v13.i30.4100. PMID: 17696229; PMCID: PMC4205312.

Revisar IPP:



Cetus®

Senosiain®

Inmunoterapia aplicada al cáncer colorrectal: hacia un nuevo modelo terapéutico

Dr. José Juan Sánchez Hidalgo

Dra. Lorena López Zepeda

Oncología médica

En las últimas décadas, los avances en la medicina, particularmente en oncología, han transformado de manera significativa los paradigmas previamente establecidos con respecto a la supervivencia de los pacientes con cáncer y a los estigmas asociados a tratamientos como la quimioterapia. Para el oncólogo, la supervivencia global y la supervivencia libre de progresión constituyen objetivos terapéuticos fundamentales, especialmente en etapas avanzadas de la enfermedad. En la actualidad, la incorporación de terapias dirigidas basadas en características moleculares ha permitido mejorar de forma notable estos indicadores, superando las expectativas iniciales y otorgando a los pacientes un recurso invaluable: calidad y tiempo de vida.

Tal es el caso del cáncer de recto localmente avanzado cuando presenta inestabilidad microsatelital. Esta alteración puede identificarse mediante inmunohistoquímica o secuenciación

de siguiente generación. Cuando se detecta alteración en estos mecanismos de reparación del DNA (dMMR/MSI-H), se modifica el abordaje terapéutico estándar, que tradicionalmente incluye terapia neoadyuvante total (TNT: quimioterapia y quimio radioterapia de inducción o consolidación seguido de cirugía). En este contexto, la introducción de dostarlimab, un inhibidor de PD-1 aprobado en 2022, demostró inducir respuestas completas en todos los pacientes con deficiencia en el sistema de reparación, lo que permitió prescindir del manejo TNT y, en consecuencia, evitar las comorbilidades asociadas a este tratamiento.

Otro ejemplo es el del cáncer de colon metastásico con inestabilidad microsatelital. En presencia de esta alteración, el tratamiento inicial se realiza con pembrolizumab sin necesidad de quimioterapia. A los cuatro años de seguimiento, aproximada-

mente el 50% de los pacientes permanecían libres de progresión, en contraste con los 11.4 meses que ofrece la terapia de mantenimiento basada en quimioterapia y anti-EGFR.

Por último, la incorporación de la inmunoterapia al tratamiento habitual con quimioterapia en pacientes con tumores gastrointestinales ha abierto un nuevo horizonte terapéutico.

El uso de fármacos que estimulan la respuesta inmune ha demostrado toxicidades manejables, mayores tasas de supervivencia en comparación con la quimioterapia convencional y un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

Estos resultados responden al objetivo fundamental del manejo oncológico: prolongar la vida, reduciendo al mismo tiempo el sufrimiento asociado a una enfermedad tan agresiva como el cáncer.

Contacto

Dr. José Juan Sánchez Hidalgo

Consultorios Ángeles México

Teléfono: (56) 3588-4835

Dra. Lorena López Zepeda

Consultorios Ángeles México

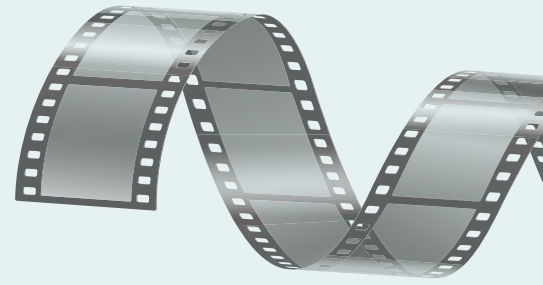
Teléfono: (55) 1688-0770



Dr. José Juan Sánchez Hidalgo

Referencias

1. Cercek A, Lumish M, Sinopoli J, Weiss J, Shia J, et al. *PD-1 Blockade in Mismatch Repair-Deficient, Locally Advanced Rectal Cancer*. N Engl J Med. 2022 Jun 23;386(25):2363-2376. doi: 10.1056/NEJMoa2201445. Epub 2022 Jun 5. PMID: 35660797; PMCID: PMC9492301.
2. André T, Shiu KK, Kim TW, Jensen BV, et al; KEYNOTE-177 Investigators. *Pembrolizumab in Microsatellite-Instability-High Advanced Colorectal Cancer*. N Engl J Med. 2020 Dec 3;383(23):2207-2218. doi: 10.1056/NEJMoa2017699. PMID: 33264544
3. Rectal cancer. Version 2.2025, 03/31/25. National Comprehensive Cancer Network (NCCN)



Un dolor real

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Protagonizada por Kieran Culkin y Jesse Eisenberg, jóvenes actores con muy buenas interpretaciones en su corta historia fílmica, *Un dolor real* narra la historia de dos primos judíos cuyas personalidades son totalmente opuestas: uno claramente tiene personalidad obsesiva compulsiva y el otro es bipolar con sus momentos maníacos y depresivos. Su abuela muere y les deja dinero para que vayan a Polonia a conocer su historia y visiten la casa donde ella creció.

Después de tiempo sin verse, debido a que cada uno ha seguido un camino de vida diferente que los alejó de su convivio de jóvenes, característico de sus personalidades, se aventuran en este viaje, tomando un tour guiado con otros turistas que recorren varios lugares de Polonia.

En el viaje, la interacción con estos turistas compañeros son reflejo del tipo de relaciones y vida que cada uno lleva, pero también la interacción entre ellos, como adultos, es muy buena de ver. Cuenta con momentos dramáticos, cómicos, conmovedores, pero sobre todo la exploración del trauma generacional que vive y brota a través de ellos, expresado de manera muy diferente debido a sus personalidades.

La relación familiar que los unió de pequeños, sus vivencias con la abuela (que son opuestas también), mostrando que ella los conocía realmente, se ve confrontada por una realidad que

viven de adultos. Llega un momento donde se sinceran entre ellos y expresan lo que cada uno aprecia del otro, entre tanto caos que ven entre sí y la vida que llevan, hay algo que anhelan del otro y buscan reencontrar en ese viaje. La película es realmente una profunda reflexión de cómo cada uno ha enfrentado el dolor de la partida de su abuela, su vida, sus retos y de una u otra manera, el dolor de pertenecer a esa parte de la historia de la humanidad.

Los tipos de personalidades, si bien son innatas, se pueden nutrir del entorno donde una persona se desarrolla. Esta película muestra al inicio una idea de cada uno, pero conforme se desarrollan los personajes, vemos la importancia del pasado de las personas, su manera de enfrentar la misma situación es totalmente diferente y nada de eso se debe juzgar ni prejuizar; nunca inferir o juzgar las acciones de otros porque cada uno tiene su historia, somos el perfecto resultado de todas nuestras vivencias, influencias y relaciones de vida. Claro que todo tipo de personalidad podría concluir en un trastorno y merecer atención especializada, de ahí la importancia de la psicología y la psiquiatría.

Las actuaciones son realmente buenas, la historia es muy digerible y directa con sus mensajes. En definitiva es una buena película.