

gemo

GACETA ENDOSCÓPICA MEXICANA

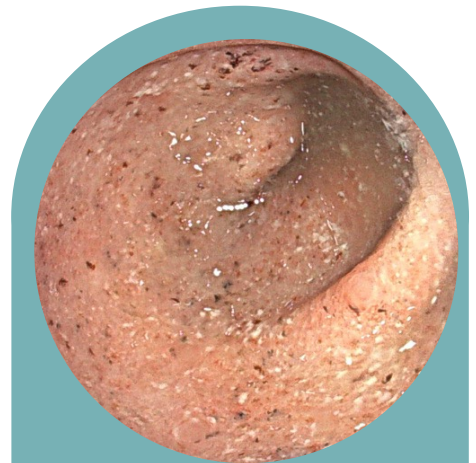
EN VÍA BILIAR

Perlas preprocedimiento a considerar en el nuevo consenso europeo sobre colangioscopia

Indicaciones de resección endoscópica del adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello

● Carcinoma epidermoide primario de recto

● Lo mejor en 2025 de ultrasonido endoscópico de acuerdo con la ASGE



Colitis inmunomediada



DIRECTORIO

Presidente AMEG :

Dr. Carlos Arróniz Jáuregui

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. César Fermín Cervantes Viloria

Dr. José Miguel Espinoza González

Dr. Luis Fernández Álvarez

Dr. Alan Roberto García Marín

Dra. Vanessa García Montes

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Dra. Janet Ledesma Ortiz

Dra. Dulce Jahzeel Lozada Tena

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Dr. Alejandro Méndez-Contreras

Dra. Ericka Montijo-Barrios

Dr. Gerardo Morales Fuentes

Dr. Eduardo Prado Orozco

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Dra. María Yazmín Razo Saldaña

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Dr. Roberto Romero Romero

Dr. Eduardo Ruiz Ballesteros

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Dr. Raúl Antonio Zamarripa Mottú

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

Dr. Carlos Arróniz Jáuregui

5 ENDOSCOPIG

PERFILES

6 Conoce a nuestros socios del país

Dr. Raúl Antonio Zamarripa Mottú / Dr. Alan Roberto García Marín

8 FEMSCOPE

Radiación: tan baja como sea razonablemente posible

12 CALIDAD EN ENDOSCOPIA

Recomendaciones en el diagnóstico y manejo de tumores pancreáticos

Dra. Mónica Reyes Bastidas

EN VÍA BILIAR

14 Perlas preprocedimiento a considerar en el nuevo consenso europeo sobre colangioscopia

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

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

15 Indicaciones de resección endoscópica del adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello

Dr. José Miguel Espinoza González / Dra. María Yazmín Razo Saldaña

EN INTESTINO DELGADO

22 Resultados a largo plazo y factores de riesgo de resangrado en sospecha de hemorragia del intestino delgado: un estudio basado en la clasificación de Saurin modificada

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

ENDOSCOPIA EN GENERAL

25 Carcinoma epidermoide primario de recto

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

29 Utilidad del uso de mitomicina C en el tratamiento endoscópico de pacientes pediátricos con estenosis esofágicas complejas: reporte de dos casos

Dr. Alejandro Méndez-Contreras / Dra. Ericka Montijo-Barrios

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO

32 Lo mejor en 2025 de ultrasonido endoscópico de acuerdo con la ASGE

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

RETOS DE LA ENDOSCOPIA

37 La sintonía entre el deber y el querer

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

IMAGEN / CASO DEL MES

41 Colitis inmunomediada

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

MITOS EN MEDICINA

44 ¿Displasia? ¿Y ahora qué sigue?

Dra. Vanessa García Montes

MEDI-CINE

45 Doc, un drama médico que vale la pena ver

Dr. Gerardo Morales Fuentes

Estimadas y estimados miembros de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal:

Fue un verdadero gusto haber estado con todos ustedes para cerrar esta edición del curso EndoPrep, un espacio diseñado para acompañarlos en su proceso de preparación rumbo al examen de certificación en endoscopia gastrointestinal.

Antes que nada, quiero felicitarles por el compromiso y la dedicación que han demostrado durante este curso. Sabemos que prepararse para una certificación no es sencillo: requiere disciplina, horas de estudio, interés genuino por actualizarse y, sobre todo, la convicción de seguir creciendo profesionalmente. Por eso, les deseo el mayor de los éxitos en la realización de su próximo examen; confío en que llegarán mejor preparados y con las herramientas necesarias para demostrar su conocimiento.

También quiero expresar mi agradecimiento a quienes hacen posible EndoPrep. Año con año, este curso se actualiza, se fortalece y se adapta a las necesidades de quienes lo toman. Este esfuerzo no sería posible sin el trabajo de sus organizadores, el Dr. Omar Edel Trujillo Benavides, la Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán y el Dr. Jony Cerna, como también profesores y colaboradores de la AMEG, quienes con entusiasmo y compromiso aportan su



experiencia para construir un programa de formación sólida y de calidad. Igualmente, un enorme agradecimiento a ustedes, los asistentes. Su participación, preguntas y retroalimentación son el motor que nos impulsa a mejorar constantemente y a hacer de EndoPrep un curso vivo, dinámico y cada vez más útil.

Deseo sinceramente que este curso haya cumplido sus expectativas y que lo aprendido aquí se refleje no sólo en su examen de certificación, sino también en la práctica clínica y en la atención que brindan a sus pacientes.

Les reitero mis mejores deseos para que en esta etapa les vaya muy bien en su examen, que los resultados sean favorables y que sigan construyendo una trayectoria profesional llena de logros.

Muchas gracias.

Dr. Carlos Arróniz Jáuregui

Presidente de la Asociación Mexicana
de Endoscopia Gastrointestinal

Periodo 2025-2026



ameg[®]

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



Sesión Mensual

Endoscopia del futuro: Visión computacional e Inteligencia Artificial



12 de febrero de 2026



8:00 p.m.



Ponente

Seth A. Gross, MD

Jefe Clínico de Gastroenterología y
Hepatología NYU Langone Health



LIVE

Transmisión en vivo a través
de nuestra página web

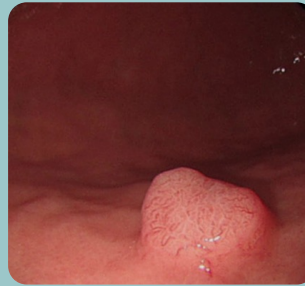
Otorga puntaje para recertificación

*Valido únicamente visualizando la transmisión en: www.amegendoscopia.org.mx

¡Llegó febrero! Y los pólipos se pueden poner románticos

- Los pólipos hiperplásicos invertidos (IHP) son pólipos gástricos raros, caracterizados por el crecimiento descendente de componentes mucosos hiperplásicos dentro de la submucosa. También ha sido llamado pólipo hamartomatoso y hamartoma polipoideo solitario.
- Macroscópicamente, los IHP se asemejan a un tumor subepitelial, por lo tanto, su diagnóstico es difícil, pudiendo confundirlo con una neoplasia.
- La mayoría son sintomáticos y pueden presentarse incidentalmente en una endoscopia. Un caso de estos fue publicado por un grupo chino en 2022, donde un paciente femenino de 50 años con dolor abdominal intermitente fue llevada a endoscopia, revelando una lesión protruyente en forma de corazón, con mucosa eritematosa, localizada en la unión del cuerpo y el antro. La lesión fue resecada mediante disección endoscópica

de la submucosa y, aunque inicialmente se creía que podría ser una gastritis quística profunda, el resultado histopatológico reveló un pólipo hiperplásico invertido.



¿Quieres saber más?

- Hoi-loi Ng et al. Gastric inverted hyperplastic polyp, an exceptional case diagnosed after endoscopic submucosal dissection. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2022 Apr;46(4):101890

 Síguenos: @endosco_pig

Conoce a nuestros socios del país

Dr. Raúl Antonio Zamarripa Mottú

Dr. Raúl Antonio Zamarripa Mottú

Soy originario de Francisco I. Madero, Coahuila. Médico cirujano por la Universidad Autónoma de Coahuila, campus Torreón. Realicé mi formación académica en gastroenterología, endoscopia gastrointestinal y ultrasonido endoscópico en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con aval de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), obteniendo mención especial a nivel nacional por mi tesis de posgrado. Tengo la maestría en ciencias de la salud avalado por el Instituto Politécnico Nacional (IPN). Además, soy egresado del curso avanzado en patología de intestino delgado (cápsula endoscópica y enteroscopia) por la Universidad de Murcia, España.

He participado en múltiples publicaciones de artículos científicos, capítulos de libros y de la plataforma Gastro 24/7. Soy revisor de trabajos de investigación, editor de las revistas del IMSS, de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) y de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG).

Actualmente soy vicepresidente de la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Coahuila (periodo 2024-2026) y miembro activo de distintas sociedades como la AMEG, la AMG, la Asociación Mexicana de Hepatología (AMH), la American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) y la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).



Mi práctica médica privada la llevo a cabo en Torreón, Coahuila, principalmente en Gastroclinic Laguna, Hospital Ángeles Torreón y Beneficencia Española de la Laguna. Brindo atención especializada con consultas de gastroenterología y procedimientos endoscópicos avanzados, incluyendo panendoscopia, colonoscopia, CPRE, cápsula endoscópica y ultrasonido endoscópico.

Contacto

Hospital Ángeles Torreón, Torre de especialidades, consultorio 910.

Gastroclinic Laguna consultorio 1

Tel. Consultorio: 871-222-54-53 y 871-720-57-23.

Correo: raulzm735@gmail.com

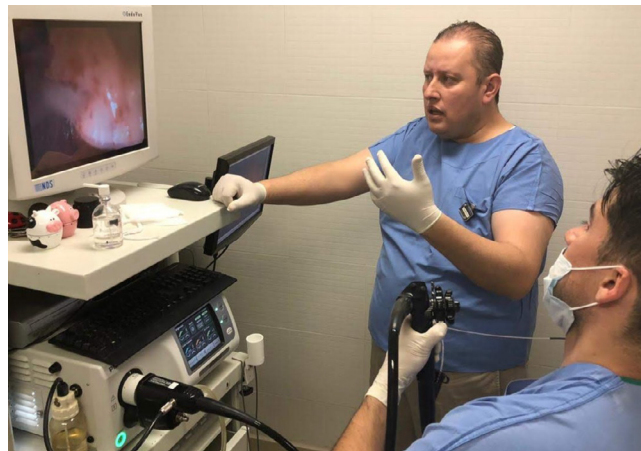
Dr. Alan Roberto García Marín

Nací en 1979 en Tijuana, Baja California. Mi formación académica básica fue realizada en escuelas públicas populares, mi bachillerato en la Escuela Preparatoria Federal Lázaro Cárdenas y mi formación profesional en la Facultad de Medicina de Tijuana, perteneciente a la Universidad Autónoma de Baja California. Mi internado rotatorio de pregrado lo hice en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y mi servicio social en IMSS Oportunidades en Santo Tomas Ensenada, BC.

En cuanto a especialidad médica soy cirujano general con alta especialidad en endoscopia gastrointestinal, egresado en 2011 del Hospital Juárez de México con aval de la UNAM; después complementé mi formación en el entorno administrativo con una maestría en administración pública y un doctorado en alta dirección en el Colegio de Posgrados del Estado de México.

Desde el egreso de la alta especialidad soy miembro de nuestra querida Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal (AMEG), de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) y asisto de forma permanente a las actividades de la Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva (SIED) y de la Organización Mundial de Endoscopia (WEO).

En cuanto a mi práctica profesional, desde 2011 recibí la encomienda como titular del Servicio de Endoscopia de la Unidad Medico Quirúrgica Hospital Juárez Centro, en el sitio que ocupara el antiguo Hospital Juárez, donde se ha logrado consolidar un modelo eficiente de atención de referencia y contrareferencia, con una cobertura de un poco más de 30 centros referentes, beneficiando alrededor de trece mil familias. La colangiografía endoscópica es el principal estudio de referencia y de vincula-



ción interinstitucional, lo cual se ha logrado con sólo dos salas endoscópicas, dos médicos adscritos y un apasionado grupo de colaboradores del área de enfermería y administrativo. Asimismo, esta unidad nos ha dado el privilegio de contar con la asistencia de médicos en formación tanto de pregrado de distintas universidades públicas y privadas, como de la alta especialidad en endoscopia provenientes de distintos centros.

Contacto

Unidad de Endoscopia Hospital Juárez Centro

Tel: 552-000-34-00 ext. 54803

Unidad de Endoscopia Hospital Río Consulado

Tel: 555-881-53-16 ext. 256

Correo: imagenendoscopica@gmail.com

Radiación: tan baja como sea razonablemente posible

El uso de la fluoroscopia es una pieza clave en procedimientos de endoscopia avanzada como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), la colocación de prótesis y derivaciones por ultrasonido endoscópico, entre otras.

La exposición a la radiación es tanto para el paciente como para el personal médico, por lo que optimizar su uso es crucial para minimizar los resultados adversos a la salud. En la mayoría de las instituciones se recomienda limitarla, sin embargo, esta responsabilidad cae frecuentemente en el endoscopista, quien muchas veces no cuenta con alguna guía de cómo hacerlo. Si hablamos específicamente de las endoscopistas mujeres, nos vemos limitadas muchas veces por el riesgo que la radiación podría impactar en nuestra fertilidad y el embarazo. Y si hablamos de la paciente embarazada, también es imperativo resguardar la integridad del producto.

Por ejemplo, en el caso de una CPRE segura, la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA, por sus siglas en inglés) habla de consideraciones preprocedimiento, intraprocedimiento y posprocedimiento. Durante el procedimiento se especifica que hay que evitar disparos “duros” del fluoroscopio, así como la magnificación y preferir disparos cortos, usar la última imagen guardada y bajas frecuencias de imagen.

El año pasado, De Latour y colaboradores publicaron en *Gastrointestinal Endoscopy* un artículo donde describen una iniciativa de radioprotección. Primero revisaron todas las CPREs realizadas en un hospital de tercer nivel desde junio 2018 a junio 2019. A partir de julio 2019 hasta marzo de 2020



Imagen. 1. Placa de protección radiológica adicional para embarazo de la Dra. De Latour.

implementaron su iniciativa, incluyendo a su endoscopista embarazada. Sus iniciativas fueron:

- Comprar una nueva mesa de fluoroscopia con faldón plomado circundante.
- Faldón plomado para la unidad receptora del arco en C.
- Uso consciente de la fluoroscopia durante el procedimiento.



Imagen 2. Equipo de protección radiológica de dos piezas que también incluye protector de tiroides con un grosor de 0.5 mm, de una endoscopista del grupo FemScope.

- Uso del pedal de control fluoroscópico sólo por el endoscopista.
- Uso apropiado y colocación de los dosímetros (confirmados siempre en el “tiempo fuera” preprocedimiento), cuidando su caducidad.

- Evaluación del equipo personal de protección (delantales plomados, protector tiroideo, lentes protectores) para asegurar la calidad y la integridad de estos.
- Uso adecuado del equipo personal de protección.
- Doble capa plomada en la falda de protección usada por la endoscopista embarazada.

Los dosímetros se usaron en el bolsillo externo del delantal plomado antes y después de la intervención y en la segunda fase se añadió un dosímetro en la cintura de la endoscopista por debajo del equipo de protección para medir la exposición de la radiación al feto. Adicionalmente, la endoscopista embarazada introdujo a la falda plomada una “placa de maternidad” para aumentar la protección.

Cabe mencionar que la American Association of Physicists in Medicine dice que el blindaje plomado en el útero de una paciente no es tan eficaz como se creía debido a que no es capaz de disminuir la dispersión interna en el cuerpo, la cual es la mayor fuente de radiación en un paciente. Sin embargo, en el caso de la endoscopista embarazada sí vale la pena, ya que esta se encuentra con protección en el resto del cuerpo. Se menciona que la radiación que no absorbe el paciente (30%) se disemina en la sala en un ángulo de 90°.

Por su parte, la International Commission on Radiological Protection recomienda monitorización de la exposición a la radiación si la dosis esperada excede los 10 mGy, la cual es mucho mayor a la exposición habitual de una CPRE, que ronda entre 0.01 a 5.77 mGy.

Aunque existe una guía europea para protección radiológica en endoscopia digestiva, no especifica más allá que una recomendación respecto a la endoscopista embarazada, sugiriendo sólo mantener la exposición lo más baja posible respecto a la dosis permitida.

Se sugiere que el equipo de protección radiológica sea de dos piezas, tanto para evitar problemas de ergonomía que desencadenen lesiones como para proteger la espalda durante la fluoroscopia. Los delantales de protección radiológica están realizados en diferentes grosores: 0.25 mm, 0.35 mm, 0.5 mm y 1 mm (este último ya no se usa comúnmente). El equipo de protección de la Dra. De Latour es de 0.5 mm, más la placa protectora adicional para embarazo.

En el trabajo del grupo de la Dra. De Latour, la frecuencia de los pulsos radiológicos se mantuvo constante para cada caso (30 por segundo). Para cada proveedor de salud se midió el equivalente de dosis superficial mensual (SDE) que representa la piel y las extremidades, según los dosímetros. El mismo valor se usa para representar el equivalente de dosis en el cristalino (LDE) y se multiplica por 0.3 para representar el equivalente de dosis profunda (DDE), es decir, la exposición a radiación para el cuerpo, gónadas y órganos hematopoyéticos.

Los resultados arrojaron en el grupo preiniciativa: 198 CPREs realizadas por dos endoscopistas, con un tiempo promedio de fluoroscopia por caso de 12.1 minutos (10.7 minutos para el endoscopista 1 y 13.6 para el 2). En la fase posiniciativa se realizaron 110 CPREs por un solo endoscopista (con embarazo), con un tiempo promedio de fluoroscopia por caso de 6.3 minutos, reduciendo así el tiempo en un 41%.

Para ambos endoscopistas la dosis promedio de SDE fue de 102.49 mrem (equivalente a 1,024 mGy), cifra que disminuyó tras la intervención a 31.35 mrem (o 0.31mGy). Cabe destacar que mrem es la abreviatura de milirrem, una unidad de medida utilizada para cuantificar la dosis equivalente de radiación ionizante absorbida por tejido vivo. Equivale a una milésima parte de un rem (Roentgen Equivalent Man), siendo 1 rem = 1000 mrem.

Como el LDE y DDE se calculan basados en las mediciones de SDE, estos también disminuyeron considerablemente. El dosímetro fetal usado a nivel de la cintura de la endoscopista, bajo la protección antes mencionada, detectó menos de la lectura detectable más baja. No se observaron eventos adversos en el producto durante o posterior al embarazo.

Este trabajo es bastante relevante, ya que no sólo da visibilidad a la preocupación que enfrentamos las endoscopistas mujeres durante nuestro periodo fértil, sino que también impacta al intentar disminuir los daños de la exposición radiológica no sólo para la madre y el feto, sino también para todo el personal médico involucrado.

Otro punto importante es que, al final, será decisión de la endoscopista embarazada o con deseos de embarazo o en tratamiento de fertilidad, si quiere o no pausar su práctica endoscópica que involucre radiación.

Referencias

1. De Latour R. *et al. Impact of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography radiation safety initiative on pregnant and nonpregnant staff dose exposures: a quality improvement initiative.* iGIE, 2025. Vol 4, Issue 3, p225-234.
2. AGA Clinical Practice Update on pregnancy – related Gastrointestinal and Liver disease. Gastroenterology. 2024. Vol 167, issue 5, p1033-1045.
3. American Association of Physicists in Medicine. *PS 8-A: AAPM position statement on the use of patient gonadal and fetal shielding.* Available at: <https://www.aapm.org/org/policies/details.asp?id.2552>.
4. International Commission on Radiological Protection. *Pregnancy and medical radiation.* Ann ICRP 2000;30:iii-viii;1-43.
5. Dumonceau JM, García-Fernández FJ, Verdun FR, *et al. Radiation protection in digestive endoscopy: European Society of Digestive Endoscopy (ESGE) guideline.* Endoscopy 2012;44:408-21.



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



Curso
en línea



XVII Curso Endoasistente



Fecha de inicio

14 de febrero de 2026



Inscripciones

amegendoscopia.org.mx



Costo de inscripción

\$3,000.00

Recomendaciones en el diagnóstico y manejo de tumores pancreáticos

Dra. Mónica Reyes Bastidas

Hospital Ángeles Culiacán, HGR1 IMSS

1. En pacientes con tumores pancreáticos y que se someten a la adquisición de tejido a través de ultrasonido endoscópico (AT-USE), ¿son las agujas finas para biopsia (AFB) superiores a las agujas finas para aspiración (AFA)?

La American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) recomienda AFB en comparación con AFA.

2. En pacientes con tumores pancreáticos que se someten a AT-USE, ¿son las agujas de número 22 superiores a las del número 25?

La ASGE sugiere agujas del número 22 en comparación con las de 25.

3. En pacientes con tumores pancreáticos a los que se les realiza AT-USE, ¿son las agujas AFB nuevas (Fork-tip y Franseen) superiores a las alternativas?

¡La ASGE sí las recomienda!

4. En pacientes con tumores pancreáticos a quienes se les va a realizar AT-USE, ¿la evaluación en el

sitio y rápida (ROSE) da buenos resultados en comparación con quienes no la llevan a cabo?

¡La ASGE no la recomienda!

5. En pacientes que tienen una estenosis biliar maligna distal y se les somete a CPRE, ¿son las prótesis de metal autoexpandibles (PMAE) superiores a las plásticas?

La ASGE sugiere utilizar PMAE en lugar de plásticas.

6. En pacientes con estenosis biliar maligna distal a quienes se les realiza CPRE y se les coloca una PMAE, ¿son mejores las prótesis cubiertas o las no cubiertas?

La ASGE no recomienda las no cubiertas.

7. En pacientes con dolor abdominal relacionado con el cáncer de páncreas, ¿es mejor la neurolisis del plexo celiaco (NPC) que la terapia analgésica?

La ASGE recomienda NPC como una terapia adyuvante a la analgésica.

 **ENDO** INNSZ **2026**

XVII

CURSO INTERNACIONAL

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA



Profesores Internacionales:



Prof. Robert Bechara
CANADÁ



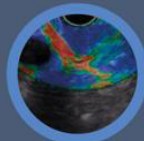
Prof. Manuel Pérez Miranda
ESPAÑA



Prof. Roos Pouw
PAÍSES BAJOS



Prof. Douglas Rex
USA



**19, 20 y 21
marzo 2026**

Auditorio Principal del INCMNSZ

**Demostraciones en vivo
de las técnicas actuales**

Avenida Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI,
Alcaldía Tlalpan C.P. 14080 Ciudad de México



Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



ANIVERSARIO
1946-2026

Perlas preprocedimiento a considerar en el nuevo consenso europeo sobre colangioscopia

Dr. Jony Cerna Cardona

Dra. Ma. Guadalupe Martínez Galindo

Hospital Juárez de México

La colangioscopia es una herramienta costo-efectiva en el tratamiento de las patologías biliopancreáticas. Recientemente, la Unión Europea de Gastroenterología publicó el consenso de recomendaciones para la colangioscopia y pancreatoscopia directa. El objetivo de esta pequeña revisión es resumir las perlas a tomar en consideración antes del procedimiento de colangioscopia (Imagen 1).

El primer punto a considerar es que se requiere un adiestramiento adecuado en colangioscopios de un solo operador (cursos teóricos, práctica en simuladores, modelos ex vivo) antes de proceder a realizar procedimientos en pacientes, así como un dominio adecuado de la técnica de colangiografía endoscópica (Imagen 2).

Es importante recordar que la competencia implica no sólo el acceso, sino la capacidad de identificar correctamente

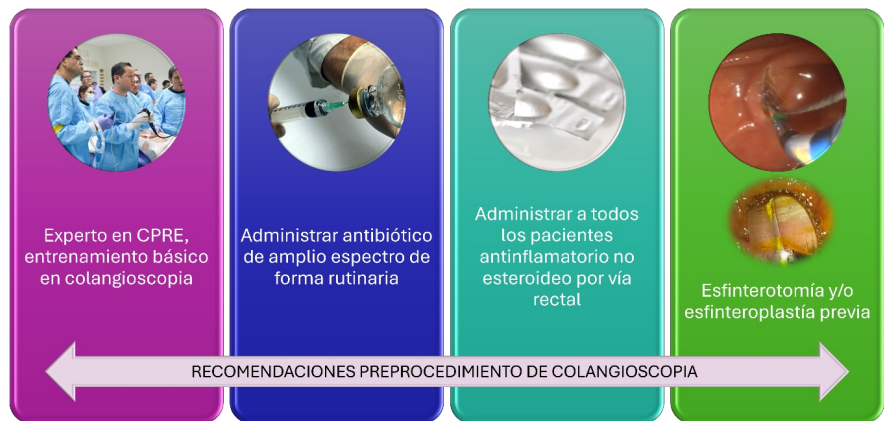


Imagen 1. Resumen de recomendaciones preprocedimiento de colangioscopia.

la anatomía, tomar biopsias y realizar terapéutica (láser o electrohidráulica) bajo visión directa. La mayoría de las asociaciones internacionales proponen que se requieren aproximadamente entre 20 y 30 procedimientos de colangioscopia para superar la curva de aprendizaje inicial y alcanzar la competencia técnica.

El segundo punto es que la colangioscopia se considera un procedimiento de alto riesgo de bacteremia e infección, por lo que se deben administrar antibióticos de amplio espectro de forma rutinaria antes del procedimiento en todos los pacientes (por ejemplo, cefalosporina de tercera generación o quinolonas en caso de alergias).



Imagen 2. Entrenamiento en modelos biológicos de la técnica de colangioscopia.



Imagen 3. Procedimiento de colangioscopia endoscópica.

El tercer punto a considerar, si no existe contraindicación absoluta, es que debe administrarse antes de la colangioscopia un antiinflamatorio no esteroideo por vía rectal para prevenir la pancreatitis asociada a procedimiento.

Por último, el nuevo consenso de colangioscopia recomienda que, para facilitar la adecuada introducción del colangioscopio y el drenaje de fluido irrigado al interior del conducto biliar debemos realizar previamente una esfinterotomía o esfinteroplastia.

Sin duda, estas perlas nos ayudarán a mejorar nuestra tasa de éxito en la colan-

gioscopia y disminuir riesgos asociados al procedimiento (Imagen 3). Es de suma importancia que la indicación de utilizar la colangioscopia sea adecuada, ya que ante una indicación incorrecta, aún utilizando las perlas, la posibilidad de falla y eventos adversos es alta. Recordando el principio básico en medicina: "Primum non nocere".

Referencias

1. Palmeri E, Stefanovic S, Gokce E, *et al.* *European Consensus Recommendations for Direct Cholangioscopy and Pancreatocopy Using a Modified Delphi Process.* United European Gastroenterology Journal, 2025; 13:1652–1667.

Indicaciones de resección endoscópica del adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello

Dr. José Miguel Espinoza González

Unidad de Endoscopia Terapéutica. Hospital Universitario de Puebla
– BUAP

Dra. María Yazmín Razo Saldaña

Residente de Cirugía General UMAE 14 IMSS

El adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello es una variante histológica del cáncer gástrico tipo difuso que, históricamente, se ha relacionado con un crecimiento infiltrativo y un comportamiento biológico más agresivo, lo que condicionó durante años una actitud terapéutica poco conservadora.

Por estas características, durante años se consideró una contraindicación relativa para la resección endoscópica; sin embargo, la detección cada vez más temprana de lesiones gástricas, junto con el desarrollo de la endoscopia de alta definición y la disección endoscópica de la submucosa (ESD), ha modificado este paradigma.

En escenarios bien seleccionados, particularmente cuando la lesión se encuentra confinada a la mucosa y carece

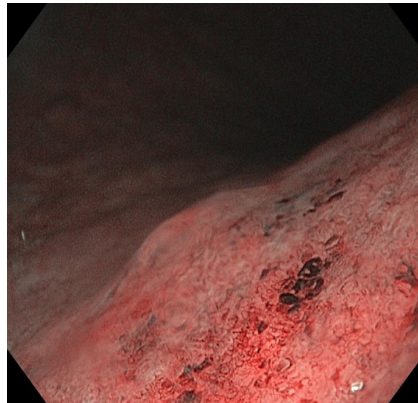


Imagen 1. Lesión en fondo gástrico. Cambios mucosos y vasculares a la cro-moendoscopia digital y magnificación. Unidad de Endoscopia HUP-BUAP.

de factores histológicos de alto riesgo, la ESD ha demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz y segura, con resultados oncológicos comparables a la cirugía.

A pesar de que la mayor parte de la evidencia proviene de cohortes asiáticas, la experiencia en centros occidentales especializados es creciente.

Presentamos el caso de una paciente con adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello en etapa temprana, tratada exitosamente mediante ESD, acompañado de una revisión breve de la literatura y de las recomendaciones actuales sobre el papel de la resección endoscópica en este subtipo histológico.

Caso clínico

Paciente femenina de 47 años, originaria de Chiapas, México, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, sin cirugías previas. Refirió pirosis y dolor epigástrico posprandial intermitente de más de diez años de evolución, con exacerbación



Imagen 2. Marcaje objetivo de lesión. Unidad de Endoscopia HUP-BUAP.



Estimado socio:

**PAGA TU ANUALIDAD
2025 – 2026**

Y mantén tus beneficios
como **SOCIO ACTIVO**

 **ameg**[®]
Asociación Mexicana de
Endoscopia Gastrointestinal y
Colegio de Profesionistas, A.C.

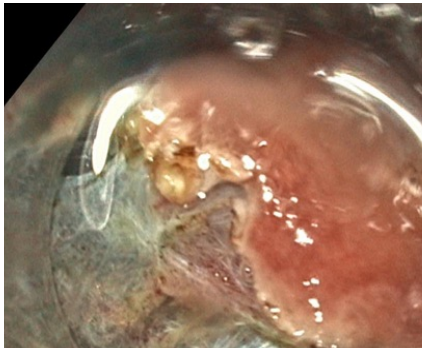


Imagen 3. Disección circunferencial de la submucosa. Unidad de Endoscopia HUP-BUAP.

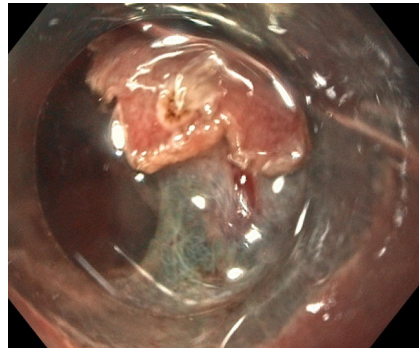


Imagen 4. Disección submucosa. Unidad de Endoscopia HUP-BUAP.

progresiva de la sintomatología durante el último año.

La endoscopia digestiva alta inicial mostró datos de gastropatía crónica y pólipos gástricos, por lo que se realizó polipectomía. El estudio histopatológico reportó gastritis crónica moderada con metaplasia intestinal incompleta y focos de atipia celular. Ante estos hallazgos, se indicó seguimiento endoscópico estrecho. En estudios subsecuentes se identificaron lesiones elevadas sésiles en cuerpo gástrico, clasificadas como París 0-Is, sobre un fondo de metaplasia intestinal difusa. (Imagen 1)

Las biopsias dirigidas confirmaron adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello. La inmunohistoquímica reportó adenocarcinoma gástrico tipo difuso con células en anillo de sello invasor.

Inmunofenotipo: CK-AE1/AE3 positivos; PDL-1 y HER-2 neu negativos.

Tras valoración multidisciplinaria y estadificación clínica, sin evidencia de enfermedad avanzada, se decidió manejo endoscópico. Se realizó un mapeo con croemoscopia vital- digital (ácido acético, azul de metileno, TXT y NBI), se colocó CAP y se realizó disección circunferencial de la submucosa, respetando capa muscular y coagulación efectiva de vasos sanguíneos, logrando resección en bloque de una lesión de 30x15 mm, sin complicaciones inmediatas. (Imágenes 2-6) La evolución clínica de la paciente fue favorable.

Indicaciones de la resección endoscópica en carcinoma gástrico con células en anillo de sello

La decisión de realizar resección endoscópica en el cáncer gástrico temprano se fundamenta en la identificación de escenarios con probabilidad muy baja de metástasis ganglionares, lo cual permite ofrecer un tratamiento curativo mínimamente invasivo.

Las guías japonesas y europeas, así como las recomendaciones de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), establecen criterios estrictos para seleccionar a los pacientes candidatos a ESD.

En el caso de carcinomas indiferenciados, incluido el subtipo de células en anillo de sello, la selección debe ser particularmente cuidadosa. En términos generales, la ESD puede considerarse cuando la lesión se encuentra limitada a la mucosa (T1a), mide 20 mm o menos, no presenta ulceración endoscópica y no existe evidencia de invasión linfovascular. Estos escenarios corresponden a criterios expandidos y su aplicación debe reservarse para centros con experiencia y equipos multidisciplinarios.

Las lesiones que exceden estos parámetros, especialmente aquellas con invasión submucosa, ulceración franca o mayor tamaño, se asocian con un incremento significativo del riesgo de metástasis ganglionares, por lo que el tratamiento quirúrgico continúa siendo la opción recomendada.

Profundidad de invasión	Ulceración	Tipo diferenciado	Tipo indiferenciado	Indicaciones
cT1a (M)	UL 0	≤ 2 cm (★ ESD)	≤ 2 cm	Indicaciones absolutas
cT1a (M)	UL 1	≤ 3 cm	> 2 cm	Indicaciones relativas
cT1b (SM)	Cualquiera	> 3 cm	No indicado	No indicado

Tabla 1. Clasificación de las indicaciones según factores tumorales. cT1a (M): cáncer intramucoso (diagnóstico preoperatorio); cT1b (SM): cáncer submucoso invasivo (diagnóstico preoperatorio). UL: hallazgo de ulceración (o cicatriz ulcerosa); UL0: ausencia de ulceración o cicatriz ulcerosa; UL1: presencia de ulceración o cicatriz ulcerosa. Adaptación JGES.

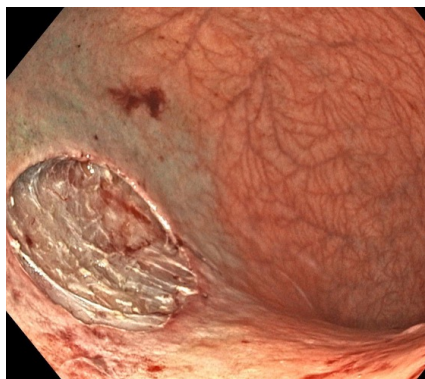


Imagen 5. Sitio de disección. Unidad de Endoscopia HUP-BUAP.

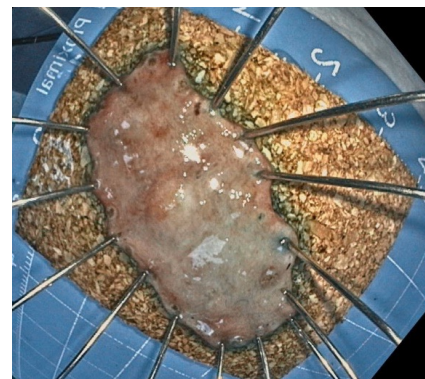
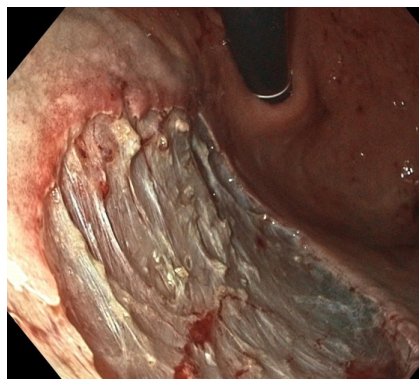


Imagen 6. Pieza resecada en bloque.

Pronóstico y resultados oncológicos

La literatura disponible señala que, cuando el carcinoma gástrico con células en anillo de sello se encuentra confinado a la mucosa y es adecuadamente seleccionado, el riesgo de metástasis ganglionares es

reducido y similar al descrito para otros subtipos histológicos.

La resección en bloque con márgenes libres se asocia con excelentes resultados oncológicos y tasas de supervivencia similares a las de la gastrectomía. La mayor parte de esta evidencia proviene de series

asiáticas, donde se reportan tasas de resección completa superiores al 90% y recurrencia local baja.

En Occidente, aunque la experiencia es más limitada, los resultados iniciales son alentadores cuando el procedimiento se realiza en centros de alto volumen

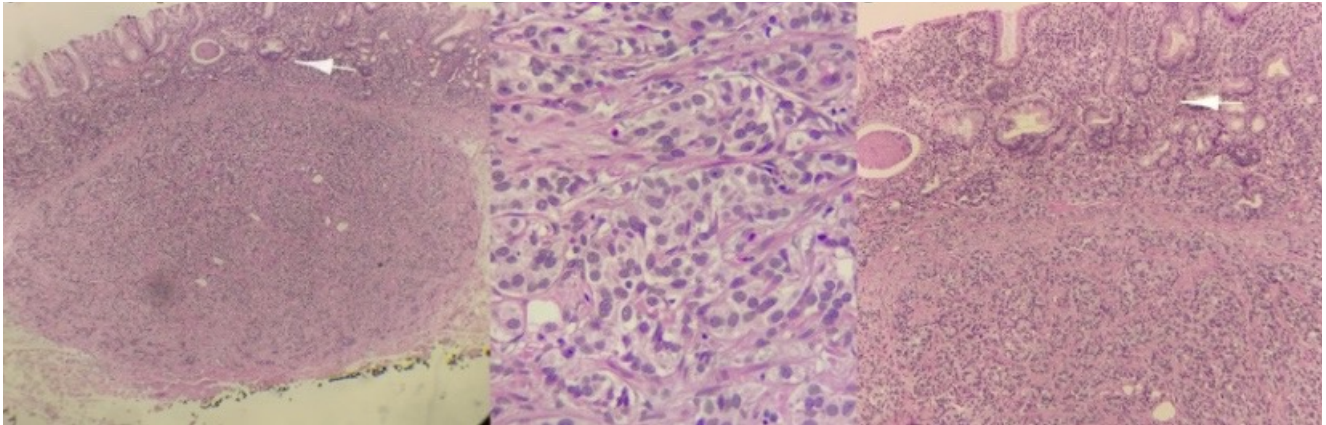


Imagen 7. Cortes histológicos donde se observa patrón fibroglandular y metaplasia intestinal.

por endoscopistas expertos. En contraste, la presencia de invasión submucosa, ulceración o tamaño tumoral mayor al recomendado incrementa el riesgo de enfermedad residual y recurrencia, por lo que en estos casos la cirugía debe considerarse como tratamiento complementario.

Discusión

El caso presentado demuestra que la ESD puede representar una alternativa terapéutica factible en pacientes cuidadosamente seleccionados con adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello diagnosticado en etapas tempranas. La clave para obtener resultados oncológicos adecuados radica en la correcta selección del paciente, la evaluación histopatológica detallada y el abordaje multidisciplinario.

En nuestro centro, la disponibilidad de endoscopia de alta definición y la experiencia en técnicas de resección avanzada permitieron ofrecer un tratamiento mínimamente invasivo con adecuada evolución clínica. Este reporte se suma a la evidencia creciente que apoya el papel de la resección endoscópica como alternativa a la cirugía en escenarios bien definidos, incluso en subtipos histológicos considerados tradicionalmente de alto riesgo.

Referencias

1. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, et al. *Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*. *Endoscopy*. 2015;47(9):829–854.
2. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. *Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal*

Endoscopy (ESGE) Guideline Update 2022. *Endoscopy*. 2022;54(6):591–622.

3. *Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2021 (6th edition)*. *Gastric Cancer*. 2023;26:1–25.
4. *National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer*. Version 2024.
5. Hatta W, Gotoda T, Koike T, et al. *A scoring system to stratify curability after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer*. *Gastric Cancer*. 2017;20:104–112.
6. Abe S, Oda I, Suzuki H, et al. *Short- and long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for undifferentiated early gastric cancer*. *Endoscopy*. 2013;45:703–707.
7. Kim YI, Kim YA, Kim CG, et al. *Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer with undifferentiated histology*. *Surg Endosc*. 2018;32:2628–2637.
8. Takizawa K, Ono H, Hasuike N, et al. *Risk of lymph node metastases from intramucosal gastric cancer in relation to histological type*. *Br J Surg*. 2016;103:146–152.



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



Sesión mensual

Endoscopia en la prevención del cáncer colorrectal



05
Marzo
2026



Adium

Profesor Extranjero
Dr. Lisandro Pereyra
Argentina

Profesora Nacional
Dra. Angélica I. Hernández Guerrero
Instituto Nacional de Cancerología

Resultados a largo plazo y factores de riesgo de resangrado en sospecha de hemorragia del intestino delgado: un estudio basado en la clasificación de Saurin modificada

Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez
Hospital San Ángel Inn Patriotismo, CDMX
Dra. Claudia Patricia Carvalho Guevara
Centro Médico Dalinde, CDMX

La endoscopia del intestino delgado es esencial para diagnosticar y manejar la sospecha de sangrado del ID (SSID), sin embargo, el resangrado después del tratamiento sigue siendo un desafío clínico. Aunque se han propuesto varios modelos de predicción de resangrado, pocos se basan en hallazgos endoscópicos y los datos sobre resultados a largo plazo son limitados. Por eso nos interesó presentar este artículo a manera de resumen, pues su objetivo era evaluar la asociación entre la clasificación de Saurin modificada (SM), que puede aplicarse a los hallazgos de la enteroscopia asistida por balones (EAB),

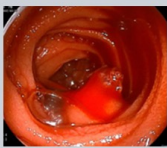
CLASIFICACION DE SM	DESCRIPCION	IMAGEN
P0	lesiones consideradas de bajo riesgo de sangrado clínico, incluyendo puntos rojos, eritema leve de la mucosa (lesiones vasculares) y atrofia vellosa o cicatrices de la mucosa (lesiones mucosas).	
P1	Lesiones con riesgo incierto pero posible de sangrado, incluyendo ectasia o erosión pequeña de la mucosa. Las definiciones de ectasia y erosiones pequeñas en este estudio se adoptaron de publicaciones previas.	
P2	Lesiones con alta probabilidad de sangrado clínico que típicamente requieren intervención terapéutica, incluyendo angiomas, úlceras de la mucosa y lesiones neoplásicas. Las definiciones de úlceras de la mucosa en este estudio se adoptaron de estudios previamente publicados.	
SIN HALLAZGOS	No se observaron hallazgos que cumplieran con P0 a P2	

Tabla 1. Clasificación de Saurin modificada.

y los resultados a largo plazo en pacientes con SSID y aclarar la utilidad clínica de este sistema de clasificación (Tabla 1).

De manera retrospectiva ellos evaluaron a 278 pacientes consecutivos con SSID que se sometieron a CE o EAB

entre octubre de 2008 y diciembre de 2023. Las lesiones se categorizaron usando SM como P0 (n=58), P1 (n=109), P2 (n=71) o sin hallazgos (n=40). El tratamiento se clasificó como endoscópico o definitivo (quirúrgico o mediante radiología intervencionista).

De los 278 pacientes, 158 tenían SSID oculta y 120 SSID evidente. Se les realizó tratamiento a 73 pacientes (46 casos endoscópicos y 27 casos definitivos). El resultado principal fue la asociación entre la clasificación de SM y el riesgo de sangrado. Los resultados secundarios incluyeron las asociaciones entre la SM y otros factores clínicos, como la presencia de cirrosis hepática, la necesidad de terapia endoscópica y el pronóstico a largo plazo. El resangrado se definió como la recurrencia de un episodio de sangrado clínicamente evidente, una disminución de la hemoglobina de ≥ 2 g/dL y la necesidad de repetir la endoscopia, según lo evaluado por un equipo de gastroenterólogos con base en la historia clínica y los hallazgos de laboratorio.

Durante un seguimiento medio de 2.2 años, 32 pacientes (11.5%) experimentaron resangrado. El análisis multivariado identificó lesiones SM P1 ([RM], 2.33; $p=0.03$), uso de fármacos antiagregantes plaquetarios (RM 3.02,

$p=0.04$) e intervenciones de tratamiento (RM 2.28; $p=0.02$) como predictores independientes. La tasa de resangrado a tres años fue mayor en P1 (27.2%) que en P0 (9.5%) y P2 (13.8%). El resangrado fue más frecuente en el grupo endoscópico (39.9%) que en el grupo definitivo (10.5%; $p=0.04$) (Imagen 1).

Sus resultados demostraron que las lesiones clasificadas como P1 según la SM, que tradicionalmente se han considerado de bajo riesgo o de riesgo incierto de sangrado activo, se asociaron significativamente con el riesgo de resangrado, teniendo estos hallazgos importantes implicaciones clínicas.

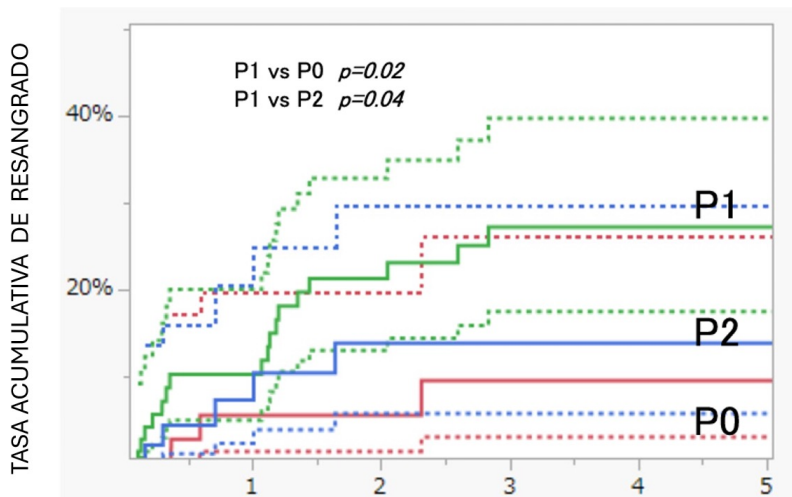


Imagen 1. Tasa acumulativa de resangrado según la SM. La SM P1 tuvo una tasa de sangrado significativamente mayor que P0 y P2.

La intervención terapéutica también se asoció con un mayor riesgo de resangrado, lo que probablemente refleja la complejidad subyacente de las lesiones en estos casos. Estos resultados subrayan la importancia de la estratificación de riesgos y el seguimiento a largo plazo para el manejo de pacientes con SSID.

Referencias

1. Onishi S, Otani K, Masuda N, Taniguchi H, Kojima K, Takada J, Kubota M, Ibuka T, Shimizu M. *Long-Term Outcomes and Rebleeding Risk Factors in Suspected Small Bowel Bleeding: A Study Based on the Modified Saurin Classification*. Dig Dis Sci. 2026 Jan 4.

Curso **Masterclass LIEEG**

Endoscopia Bariátrica

Profesores Titulares

Dr. Sergio A.
Sánchez Luna

Dr. Martín Edgardo
Rojano Rodríguez



Teórico Virtual
del 16 al 20 de
Febrero
2026



Práctico Presencial
del 27 al 28 de
Febrero
2026

Carcinoma epidermoide primario de recto

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

Hospital San Ángel Inn Universidad

Hospital de Especialidades Siglo XXI

El carcinoma epidermoide (escamoso) primario del recto (rSCC) es una neoplasia rara, pues representa <1% de los tumores colorrectales. Su baja incidencia conlleva retos diagnósticos, especialmente para diferenciarlo de la extensión proximal del carcinoma epidermoide del canal anal, de adenocarcinoma rectal con cambios escamosos y de metástasis de primarios extraintestinales. En los últimos años, la evidencia ha favorecido el uso de quimiorradioterapia definitiva como estrategia terapéutica predominante, reservando la cirugía para rescate.

El rSCC es una entidad rara, descrita principalmente en reportes de caso y series pequeñas. La escasez de datos prospectivos ha limitado el desarrollo de guías específicas, por lo que el manejo suele extrapolarse del carcinoma epidermoide del canal anal y del adenocarcinoma rectal. Para el endoscopista, el reto principal radica en establecer con precisión la localización anatómica de la lesión, obtener biopsias adecuadas y activar la ruta diagnóstica correcta que permita al comité oncológico definir la mejor estrategia terapéutica.

Definición y criterios diagnósticos

Para confirmar el diagnóstico de rSCC primario se recomienda cumplir los siguientes criterios:

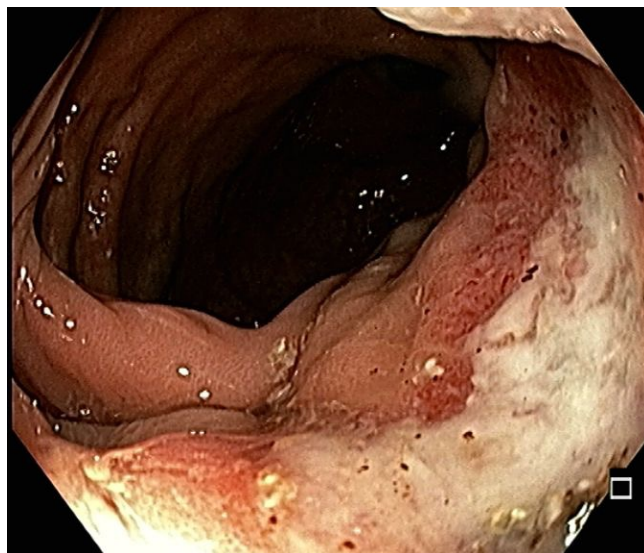


Imagen 1. Úlcera rectal adyacente a margen anal. Diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide.

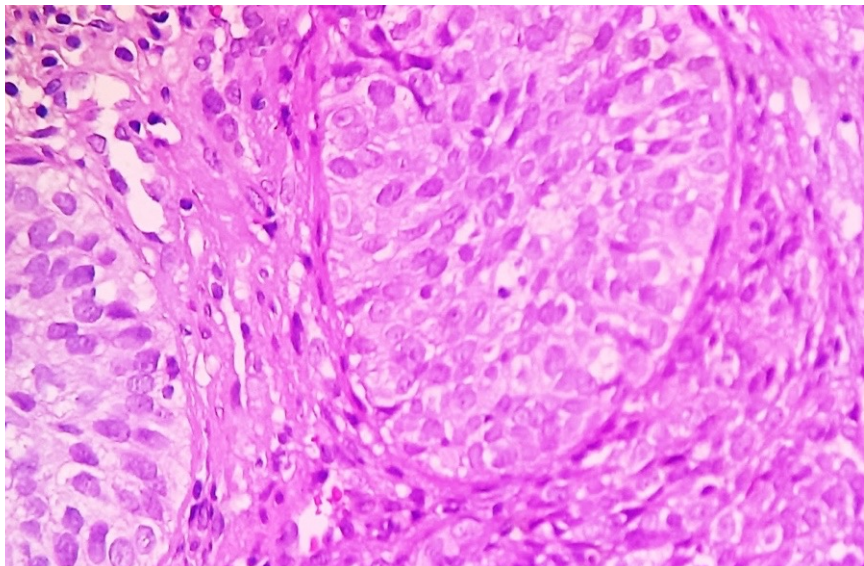


Imagen 2. Imagen histológica de carcinoma epidermoide primario de recto.

1. Exclusión de un carcinoma epidermoide primario en otro órgano (pulmón, cérvix, cabeza y cuello, vejiga, piel).
2. Ausencia de trayecto fistuloso revestido por epitelio escamoso que involucre el recto.
3. Exclusión de extensión proximal de un carcinoma epidermoide del canal anal.
4. Confirmación histopatológica de carcinoma epidermoide en biopsias rectales.

Estos criterios resaltan la importancia de la evaluación endoscópica detallada del canal anal y la medición exacta de la distancia entre el margen anal y el inicio de la lesión.

Epidemiología y factores asociados

Esta neoplasia predomina en la sexta a séptima década de la vida, no hay predilección por sexo y tiene una incidencia <1% de los

cánceres colorrectales. Se ha descrito asociación con infección por virus del papiloma humano (HPV), inflamación crónica, inmunosupresión y radiación previa.

Presentación clínica

Los síntomas son similares a los de otras neoplasias rectales e incluyen síntomas como rectorragia, cambios recientes en el hábito intestinal, tenesmo, dolor anorrectal y anemia o pérdida de peso.

Hallazgos endoscópicos

No existen características endoscópicas patognomónicas. Las lesiones pueden presentarse como lesiones ulceradas, estenosis infiltrativas o placas o lesiones planas con friabilidad. (Imagen 1)

Como endoscopistas es importante informar ciertas características en el reporte como:

- Distancia exacta al margen anal (en cm).
- Longitud de la lesión.
- Compromiso circunferencial.
- Aspecto macroscópico (ulcerado, vegetante, infiltrativo).
- Presencia de estenosis o sangrado al contacto.

Se sugiere que las biopsias se tomen de los bordes y la base de la lesión, evitar biopsias de zonas con necrosis extensa y considerar muestras suficientes para análisis de inmunohistoquímica (p40, p63, CK5/6) y p16/HPV. (Imagen 2)

Etapificación

La etapificación debe ser multidisciplinaria:

- Resonancia magnética de pelvis/recto: evaluación de extensión local (T), fascia mesorrectal y ganglios.
- Ultrasonido endorrectal (EUS): útil en lesiones no estenosantes para definir capas de invasión.
- Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis: búsqueda de lesiones.

Tratamiento

- Quimiorradioterapia: la tendencia actual favorece la quimiorradioterapia definitiva como primera línea, con esquemas similares a los utilizados en carcinoma epidermoide anal con radioterapia pélvica y 5-fluorouracilo o capecitabina combinados con mitomicina C.
- Cirugía: indicada principalmente como tratamiento de rescate en enfermedad persistente o recurrencia local.

Conclusiones

El carcinoma epidermoide primario del recto es una entidad rara que exige un alto índice de sospecha y una evaluación endoscópica meticulosa. La documentación anatómica precisa y la obtención adecuada de biopsias son fundamentales para establecer el diagnóstico correcto y orientar el manejo multidisciplinario. La quimiorradioterapia definitiva se ha posicionado como la estrategia terapéutica predominante, con la cirugía reservada para casos seleccionados.

Referencias

1. Guerra GR, Kong CH, Warriar SK, *et al.* Primary squamous cell carcinoma of the rectum: systematic review. *World Journal of Gastroenterology*. 2016;22(28):7226–7234.
2. Astaras C, *et al.* Squamous rectal carcinoma: a rare malignancy, literature review and population-based analysis. *ESMO Open*. 2021;6(6):100316.
3. Loganadane G, *et al.* Chemoradiation in rectal squamous cell carcinoma: a rare but curable disease. *Radiotherapy and Oncology*. 2016;119(2):254–258.
4. Benson AB, *et al.* Anal Carcinoma, Version 2.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2023;21(6):653–667.
5. Kassir R, *et al.* Squamous cell carcinoma of the middle rectum: literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2014;5(12):1116–1119.
6. *Frontiers in Oncology*. Synchronous HPV-positive squamous cell carcinoma of the rectum and anus treated with definitive chemoradiotherapy. 2023.
7. American Journal of Case Reports. A rare diagnosis of HPV-positive rectal squamous cell carcinoma. 2025.



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

Curso **Masterclass LIEEG** **Actualidades en manejo de prótesis de tubo digestivo**



Teórico Virtual
del 24 de febrero
al 01 de marzo
de 2026



Práctico Presencial
el 07 de marzo
de 2026

Profesor Titular

Dr. Mauro Eduardo Ramírez Solís

Profesores Adjuntos

Dra. Nancy Edith Aguilar Olivos

Dr. Ambrosio Rafael Bernal Méndez



Utilidad del uso de mitomicina C en el tratamiento endoscópico de pacientes pediátricos con estenosis esofágicas complejas: reporte de dos casos

Dr. Alejandro Méndez-Contreras

Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Oaxaca

Dra. Ericka Montijo-Barrios

Instituto Nacional de Pediatría

Introducción

El uso de mitomicina C ha sido propuesto como manejo adyuvante a la dilatación endoscópica para el tratamiento de estenosis esofágicas de tipo complejas o refractarias con resultados variables.¹ Su administración puede ser intralesional o de forma tópica, y su concentración puede ir desde rangos de 0.004 a 1 mg/ml.³ El diagnóstico y etapa de inicio de dilataciones y el uso de terapias adyuvantes representan factores importantes en el pronóstico de estos pacientes.^{2,4}

Objetivo

Determinar la utilidad y eficacia del uso de mitomicina intralesional como terapia adyuvante en los pacientes con estenosis esofágica de tipo complejas o refractarias.

Reporte de casos

Se presentan dos pacientes con estenosis esofágicas complejas detectados en enero y febrero de 2025 dentro del Hospital de la Niñez Oaxaqueña, ambos de dos años. El primer paciente con es-

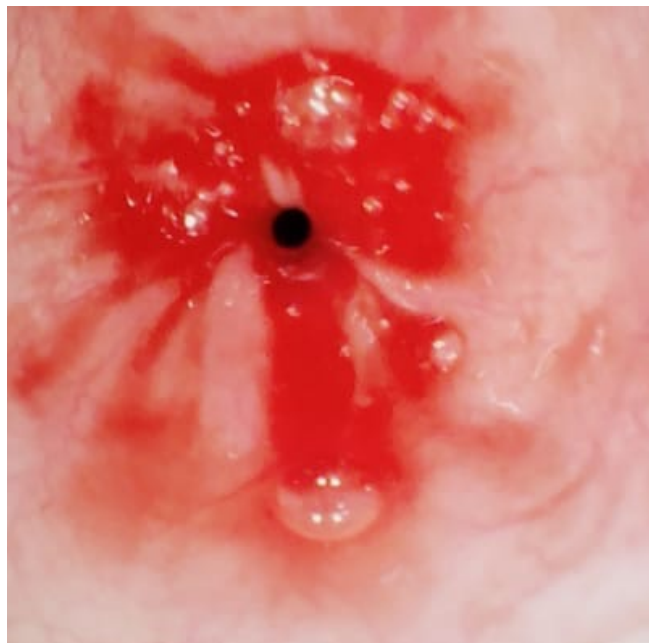


Imagen 1. Estenosis congénita (posterior a la primera dilatación).

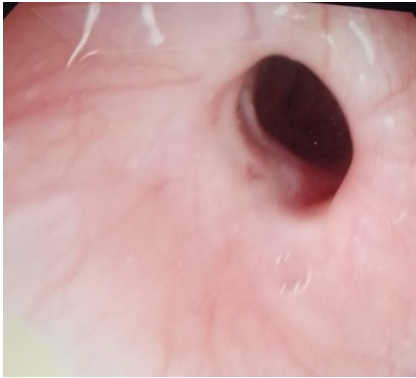


Imagen 2. Estenosis congénita posterior a la sexta dilatación e inyección de mitomicina.



Imagen 3. Estenosis posanastomótica posterior a la primera dilatación.

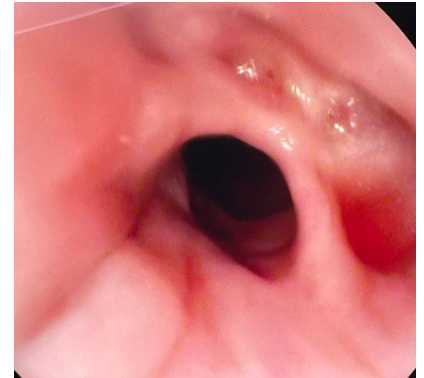


Imagen 4. Estenosis posanastomótica posterior a la sexta dilatación e inyección de mitomicina.

tenosis congénita fibromuscular de tercio medio y el segundo de origen posanastomótica de tercio superior, con pseudodivertículo por pulsión previo al sitio de la estenosis. Clínicamente, el primer paciente cursó con disfagia progresiva a alimentos sólidos y un episodio de impactación alimentaria; el segundo con regurgitaciones posprandiales y vómitos alimentarios de forma intermitente.

A ambos pacientes se les realizó esofagograma y posteriormente endoscopia con toma de biopsias, previo a la realización de dilatación esofágica. Los diámetros de las estenosis medían 4 y 3 mm, con oclusión de luz esofágica en un 90% y 50%, respectivamente. A los dos pacientes se les realizaron seis sesiones de dilatación endoscópica con balón hidroneumático cada tres semanas, con diámetros finales de 16 mm de forma gradual y con posterior inyección de mitomicina C de forma intralesional desde la cuarta sesión, administrándose en tres ocasiones respectivamente a concentración de 0.4 mg/ml en cuatro cuadrantes de las estenosis. Se reportó franca mejoría en ambos casos, con reducción de las estenosis de forma notable y con ausencia de síntomas a los cuatro meses de seguimiento en ambos pacientes.

Discusión

Frecuentemente se requieren dilataciones repetidas en pacientes con estenosis esofágicas complejas o refractarias, esto explicado por la intensa fibrogénesis durante el proceso de cicatrización. De acuerdo con diversos estudios, la administración de mitomicina C ha demostrado mejores resultados con menor número de sesiones de dilatación.

Esto concuerda con nuestros dos pacientes, en quienes se les consideró de forma inicial estenosis complejas, lo que llevó al uso precoz de terapias coadyuvantes a las dilataciones. En el estudio de Rosseneu y colaboradores se mostró una efectividad del 62% en la reducción de la necesidad de dilataciones repetitivas posterior a la administración de mitomicina C, lo que concuerda con la evolución de nuestros pacientes.

En otro estudio de Bergel y colaboradores de 31 pacientes pediátricos con estenosis esofágicas complejas, se utilizó mayormente mitomicina tópica, con intervalos de aplicación entre una a doce veces en un periodo de tiempo desde una hasta doce semanas, con resolución completa de síntomas en 67% de los pacientes. En nuestro caso se administró de forma intralesional,

con intervalos de tres semanas en cuatro ocasiones respectivamente, con alivio total de los síntomas en ambos pacientes a los cuatro meses de inicio del tratamiento, logrando un diámetro de luz esofágica correspondiente a sus edades.

Conclusiones

La administración endoscópica de mitomicina C intralesional o tópica en coadyuvancia a las dilataciones en estenosis esofágicas complejas o refractarias pueden mejorar la evolución y el pronóstico de los pacientes. El reconocimiento de la complejidad de las estenosis es mandatorio en el tratamiento oportuno de los pacientes.

Financiamiento

No.

Referencias

1. Alberca de la Parras, F, Navalón, M, Egea, E. *Management of refractory esophageal stenosis in the pediatric age*. 2016 Oct 10; 108(10):1130-0108.
2. Rahbar R, Jones DT, Nuss RC, et al. *The role of mitomycin in the prevention and treatment of scar formation in the pediatric aerodigestive tract: friend or foe?* Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:401-6.
3. Dall-Ógio, L, Caldaro, T, Foschia, F, et al. *Endoscopic management of esophageal stenosis in children: New and traditional treatments* 2016 Feb 25;8(4):212-219.
4. Pane A, Foschia F, Caldaro T, et al. *Esophageal anastomotic severe stenosis after atresia repair: effectiveness of a multi-step strategy for an unusual endoscopic recanalization*. Endoscopy. 2008;40 Suppl 2:E254-E255.
5. Terui K, Saito T, Mitsunaga T, Nakata M, et al. *Endoscopic management for congenital esophageal stenosis: A systematic review*. World J Gastrointest Endosc. 2015;7:183-191.

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

+
+
➔

ENVIAR

Conoce y participa con nuestra revista

EN LÍNEA

Lo mejor en 2025 de ultrasonido endoscópico de acuerdo con la ASGE

Dr. Miguel Ángel Ramírez Luna

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dra. Lucía Vásquez Sánchez

Hospital General de Tláhuac

Durante 2025 se publicaron diversos estudios en el ámbito del ultrasonido endoscópico (USE). La American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) realizó dos revisiones, incluyendo una de intervenciones transluminales guiadas por USE. Aquí se consideran los artículos más destacados.

Dhir y colaboradores comparó la papilotomía con precorte y el *rendezvous* guiado por USE para la canulación biliar difícil en obstrucción biliar distal maligna, del cual ya hemos escrito en GEMA, por lo tanto, no ahondaremos más en este. El mismo caso ocurre para el estudio GALLBLADEUS realizado por Arayakarnkul sobre colecistectomía de intervalo posterior a USE-GBD, abordados en números anteriores.

Un estudio prospectivo, multicéntrico y no aleatorizado realizado por el Dr. De Jong y colaboradores mostró un éxito técnico comparable de la coledocoduodenostomía guiada por USE (USE-CDS) y del drenaje biliar percutáneo (PTBD) en casos de canulación biliar fallida durante CPRE. Sin embargo, el PTBD cuenta con una tasa muy alta de eventos adversos (91.7%), en comparación con el drenaje guiado por USE

(44.2%); la mortalidad a los 90 días para PTBD fue del 66.7%, mientras que para USE-CDS fue de 20.9%.

Un metaanálisis de cinco estudios prospectivos aleatorizados que compararon la CPRE primaria con la EUS-CDS primaria mostró un éxito técnico, un éxito clínico, eventos adversos y permeabilidad del *stent* comparables entre ambas técnicas, pero una menor necesidad de reintervención con el abordaje guiado por USE. Estos resultados han propuesto que la USE-CDS pudiera ser considerada un procedimiento primario en vez de sólo una técnica de rescate en estos escenarios, sin embargo, hay que destacar que estos estudios fueron hechos en centros hospitalarios expertos en USE intervencionista.

Un estudio piloto, unicéntrico, prospectivo no aleatorizado del Dr. Fritzsche (SCORPION-IIp) mostró la disminución de la disfunción de la prótesis de aposición luminal (LAMS) posterior a USE-CDS colocando una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta (FC-SEMS), por dentro de la LAMS, se logró su colocación en el 83% de los casos; en los que no se pudo colocar, se dejó una prótesis plástica doble cola de cochino. Con

estas maniobras, la disfunción de la LAMS disminuyó al 10%, comparada con el 30% histórico reportado en la literatura.

Por otro lado, se publicó un estudio japonés que revisó los resultados del uso del catéter de doble balón (técnica EPASS) para incrementar la factibilidad y seguridad de la colocación de LAMS durante gastroyeyunostomía guiada por USE (USE-GJ). El éxito técnico fue del 95% y el éxito clínico del 89%. El 89% de los pacientes fallecieron por la patología maligna de base sin recurrencia de síntomas de obstrucción del tracto de salida gástrico.

Teoh y colaboradores realizaron un estudio multicéntrico aleatorizado con casi cien pacientes, comparando la colocación de prótesis metálica duodenal contra la USE-GJ

usando el catéter de doble balón en enfermos con obstrucción maligna irresecable del tracto de salida gástrico. La tasa de reintervención a los seis meses fue del 29% para la prótesis duodenal y sólo del 4% en la USE-GJ ($p=0.002$), en tanto la ingesta oral fue significativamente mejor con la derivación ecoendoscópica evaluada mediante el puntaje GOO. No existió diferencia significativa en el éxito técnico, el éxito clínico y los eventos adversos entre ambos grupos.

En un estudio retrospectivo internacional, Wannhoff y colaboradores analizaron el uso de USE-GJ en 39 pacientes con obstrucción del tracto de salida gástrica secundario a pancreatitis aguda, observando un éxito técnico del 92% y éxito clínico del 87%, con una media de seguimiento de 23



ENDOSCOPIA

Accede
a la revista



meses, observando sólo un evento adverso que consistió en una fístula gastrocólica posterior a tres meses.

En una serie retrospectiva de 137 pacientes realizada por Pasam y colaboradores se encontró que en pacientes sometidos a USE-GJ con carcinomatosis peritoneal o involucrio neoplásico más proximal del estómago se beneficiaron menos del procedimiento, debido a menores tasas de éxito técnico y clínico. La historia de cirugía gastrointestinal previa en estos pacientes también se considera un factor de riesgo para reintervención (OR: 4.09).

Pinnam y colaboradores realizaron una comparación de resultados y costos de USE-GJ contra la gastroyeyunoanastomosis quirúrgica (GJ), donde los costos y estancia hospitalaria de esta última fueron mayores con respecto al abordaje endoscópico. La mayoría de los casos fueron por obstrucción maligna del tracto de salida gástrico, sin embargo, de manera ocasional la indicación fue benigna, como por ejemplo, obstrucción duodenal por pancreatitis crónica.

En un análisis poshoc agrupado de dos ensayos aleatorizados (ELEMENT y DRA-MBO), Chen y colaboradores analizaron a 152 pacientes sometidos a USE-CDS con LAMS. El éxito técnico fue del 93% y un 7.2% de mal posicionamiento de la prótesis, siendo el despliegue erróneo de la copa distal la falla más frecuente. La técnica de salvamento endoscópico para reposición de la prótesis fue posible en el 81% de los casos y en el análisis multivariado se observó como predictor para la falla un diámetro del conducto biliar principal < 15mm.

En Japón se publicó el estudio WONDERFUL, el cual incluyó 423 pacientes con colecciones líquidas pancreáticas, de los cuales 227 presentaron necrosis pancreática amurallada (WON) y, de estos, 153 fueron llevados a un abordaje escalonado después del drenaje: 102 recibieron necrosectomía endoscópica (NE) y 51 fueron tratados sólo con drenaje sin

necrosectomía. El éxito clínico (resolución de la WON) se logró más rápidamente en el grupo de NE. A pesar de que en el grupo de NE se presentó mayor tasa de hemorragia relacionada con el procedimiento, los eventos adversos severos y la mortalidad no fueron significativamente diferentes comparados al grupo de drenaje solo. Los autores señalan que, si bien la NE acelera la resolución de la WON en comparación con el drenaje solo, la decisión de cuándo iniciar la NE después del drenaje puede individualizarse sin comprometer los resultados clínicos. Es importante destacar que un estudio recientemente publicado, aleatorizado, prospectivo y unicéntrico realizado en Dinamarca concluyó que la NE realizada en el primer procedimiento de drenaje (tratamiento endoscópico acelerado) significativamente redujo el riesgo de muerte, complicaciones mayores y estancia hospitalaria comparado al grupo de drenaje escalonado.

El grupo de Shiomi tomó como base el estudio WONDERFUL, proponiendo los criterios QNI (quadrant, necrosis, infection) como una herramienta preprocedimiento de estratificación, logrando identificar adecuadamente aquellos pacientes de alto riesgo para tratamientos prolongados, escalada de procedimientos y eventos adversos severos.

Neri y colaboradores publicaron una serie de casos multicéntrica que evaluó el uso de LAMS para el tratamiento de la obstrucción del intestino delgado o colon secundaria a neoplasias malignas irresecables. El éxito técnico fue del 100%, con un éxito clínico del 83%, y en algunos casos se utilizó un sobretubo colónico para permitir el acceso al colon proximal cuando fue necesario. Se usaron LAMS de 20, 15 y 16 mm de diámetro con buenos resultados. Tres pacientes cursaron con sepsis y dos de ellos fallecieron. Los eventos adversos se asociaron más a la enterocolostomía que a la colocolostomía.

Espirito Santo y colaboradores realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que comparó la biopsia hepática

guiada por USE (USE-LB) contra la biopsia hepática percutánea, el estudio analizó cuatro estudios prospectivos aleatorizados que incluyeron 258 pacientes. No se encontraron diferencias significativas en la certeza diagnóstica, número de espacios porta, longitud del espécimen o eventos adversos globales; únicamente con menor dolor posprocedimiento en el grupo de USE-LB.

Algunos procesadores de USE tienen disponible la función de elastografía con ondas transversales (USE-SWE), la cual es de utilidad para evaluar el riesgo de esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica. Wang y colaboradores compararon el USE-SWE con la elastografía percutánea, el score FIB-4 y la histología hepática; el USE-SWE fue superior a la elastografía percutánea para predecir fibrosis avanzada y cirrosis, ya que no se ve afectada por la obesidad abdominal; sin embargo, la limitación de su uso es que sólo es posible si el USE se realiza con una indicación adicional, por ejemplo, biopsia hepática.

Mesquita y colaboradores identificaron seis estudios con 445 pacientes para realizar un metaanálisis que comparó la aplicación de coils más pegamento guiado por USE contra la aplicación endoscópica sólo de pegamento en várices gástricas, encontrando que la aplicación de biterapia guiada por USE se asoció con tasas más bajas de sangrado recurrente y necesidad de reintervención en comparación con la inyección endoscópica de pegamento sola; no existió diferencia significativa en las tasas de embolización, que fueron eventos raros, ocurriendo en menos del 1% de los casos.

En un estudio multicéntrico italiano, japonés y surcoreano del Dr. Conti Bellocchi se incluyeron 50 pacientes con neoplasia focal del páncreas con sospecha de pancreatitis autoinmune (PAI) para toma de biopsia guiada por USE (USE-FNB), se usó agujas tipo Franseen y *fork-tip*, con técnica *slow-pull*. Se logró elevar el nivel diagnóstico de “probable” a “definitivo” en el 85% de los casos de PAI tipo 1 y en el 58% de los casos de PAI tipo 2, la biopsia demostró cáncer de páncreas en el 13.5% de los casos. La tasa de pancreatitis de la USE-FNB fue de 3.8%.

Los tumores pulmonares usualmente son evaluados con broncoscopia y con ultrasonido endobronquial (EBUS), sin embargo, los tumores adyacentes al esófago se pueden diagnosticar con USE. Rizzo y colaboradores publicaron un estudio prospectivo de 53 pacientes con cáncer pulmonar a quienes se realizó USE, de los cuales 59% contaban tanto con EBUS como con broncoscopia y el 10% no contaban con diagnóstico tras realizar EBUS. La USE-FNB mostró una alta tasa de muestras histológicas adecuadas (93%) y una alta sensibilidad (97%). Los eventos adversos fueron similares con ambas técnicas y se aproximaron al 5%. Hubo algunos casos raros de sangrado, pero lo que es más importante, no hubo casos de neumotórax.

Referencias

1. Diehl, DL. The best of EUS in 2025. *Gastrointest Endosc* 2025 Dec;102(6):777-781.
2. Thiruvengadam M. Best of EUS-guided transluminal interventions in 2025. *Gastrointest Endosc* 2025 Dec;102 (6):785-788.



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

one



Ya está aquí

El ecosistema digital integral de la **AMEG**
Todo en un solo lugar para la **comunidad endoscópica**



Perfil profesional único

Inscripciones a cursos y eventos

Acceso a **constancias** y **puntaje** para recertificación

Gestión de **pagos** y **facturación**

Atención y **asistencia digital**

Y mucho más...

La sintonía entre el deber y el querer

Dr. Miguel Ángel Herrera Servín

Hospital Médica Sur

“La libertad de pensamiento trae más peligros que la autoridad y el despotismo”

Paul-Michel Foucault (1926-1984)

Para esta entrega tuve la oportunidad de entrevistar a quien fue uno de mis maestros durante la residencia, actual vicepresidente de nuestra asociación y alguien que ha trabajado arduamente en la formación de centros de entrenamiento, tanto en endoscopia como en cirugía. Les presento al Dr. Mauro E. Ramírez Solís.

¿Cómo nace el gusto de ser endoscopista?

Por la necesidad del grupo donde yo trabajaba. En la época en la que yo me formé (como cirujano) empezaba el auge de la cirugía endoscópica, haciendo necesario aprender a utilizar los endoscopios flexibles (empezábamos a introducir los endoscopios por los trocares, a revisar las anastomosis, etcétera) y por la necesidad de tener un mejor control de nuestros pacientes. Además, el equipo con el que trabajaba eran parte gastroenterólogos endoscopistas de muy alto perfil, pioneros de la endoscopia terapéutica que para mí fueron un ejemplo y, al yo ser cirujano, encontré un nicho de trabajo donde tuve que generar líneas de trabajo diferentes.

¿Cuáles han sido sus principales retos?

Los primeros retos nacieron en mi formación. Ya que la endoscopia terapéutica tenía como maestros a los gastroenterólogos, había una pugna muy grande donde la gastroenterología se dedicaba a la endoscopia terapéutica y los cirujanos a operar, habiendo cierta restricción que duró varios años tratar de resolver. Con el paso de los años, al haber más cirujanos endoscopistas, empezaron a liberarse barreras que permitieron cierto equilibrio, ya que había patologías que eran más del terreno de la gastroenterología y otras



Dr. Mauro E. Ramírez Solís.

que requerían de mayor terapéutica. Me tocó estar en esa etapa, la cual duró como diez años y a partir de entonces pude dedicarme más a la terapéutica.

¿Cómo ve los cambios actuales en la endoscopia?

Es un proceso evolutivo que no podemos detener. El desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos están abriendo nuevas formas de enfrentarnos a las patologías, se están creando grupos que van adquiriendo gran experiencia en ultrasonido, tercer espacio, sutura, imagen avanzada, etcétera. Esto nos está obligando a especializarnos más y ahora con la llegada de la inteligencia arti-

ficial (IA), es un proceso que no podemos detener. Pero es muy importante que nunca olvidemos que la principal necesidad de nuestra población sigue siendo el diagnóstico temprano. Si no trabajamos más en eso, las patologías oncológicas continuarán siendo las que más demanden recursos en los hospitales públicos. Sí, estamos avanzado en procedimientos y habilidades, pero seguimos sin poder diagnosticar a tiempo y por lo tanto no logramos invertir la evolución de este tipo de enfermedades.

¿Qué retos se están viendo en la forma de educar a los nuevos residentes?

Creo que el principal reto está en entender la forma de pensar de las generaciones más jóvenes, ya que ahora se busca inmediatez en sus procesos, buscan aceptación en los grupos a través de recursos que antes no eran tan transcendentales como son las redes sociales. Creo que debemos seguir fomentando una medicina basada en el beneficio de los pacientes y no en el número de likes para encajar y ser aceptados en un grupo médico. Creo que hay una disminución en la preocupación por los procesos de salud y en los resultados clínicos objetivos, por lo que es importante encontrar un equilibrio.

Otro reto es que ni todos los procedimientos avanzados, ni toda la nueva tecnología está disponible en todos los hospitales, ni es para todos los endoscopistas. Nuestra obligación está en asesorar bien a los residentes, darles objetivos claros y que entiendan que ese nivel de *expertise* sólo se logra con los años. Nuestro objetivo es guiarlos, impulsarlos y, cuando se tengan las bases necesarias, ahora sí acercarlos a esos grupos, ya sea en México o fuera.

¿Cómo debe ser la preparación para los endoscopistas actualmente?

Creo que es un instinto natural que todos tenemos, es querer ser mejor y querer hacer lo más posible. Y no está mal ser subespecialista

y querer estar en los hospitales donde se tengan los recursos para ofrecer certeza de resolución en patologías complejas, pero no hay que olvidar que hay una gran necesidad de diagnóstico y de endoscopistas que no necesitan ser súper especialistas para poder impactar en la parte preventiva. Su preparación debe permitir realizar endoscopias y colonoscopias diagnósticas de alta calidad, con criterios muy claros para poder identificar lesiones y decidir si lo pueden tratar ellos o si es necesario derivar a otro lado. Creo que debe ser muy equilibrada la formación de los endoscopistas y no alentarlos a que todo debe ser endoscopia súper especializada.

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

Creo que lo que nos hace diferentes a otros es que tenemos una gran población para proveer una escuela de endoscopia con recursos de un perfil alto, por el volumen de pacientes que tenemos y por el tipo de instituciones que tenemos. Pero no sé si en realidad tengamos que ser diferentes en la actualidad, (pues) la globalización de la medicina nos ha permitido pensar al revés también: no hay que ser diferentes, podemos ser iguales a los países que tienen más recursos y creo que estamos en ese nivel de entrenamiento, de comunicación, de experiencia.

Yo que creo las barreras o las brechas con otros lugares han desaparecido, creo que ya hemos logrado un nivel de entrenamiento, de experiencia y de certeza en el tipo de medicina que hacemos que nos permite precisamente eso, que no nos haga diferentes. Creo que el perfil que ahora tenemos nos hace ser un referente para que de otros países vengan a entrenarse con nosotros.

Si conociera a alguien joven con los mismos sueños y metas, ¿qué le dirías?

Primero le diría que no tome como ejemplos a personajes que son anacrónicos. Le sugeriría pensar que su proyecto de formación de especialidad o subespecialidad sea congruente con su plan de

vida, porque muchas veces vemos gente que quiere ser especialista en la medicina intergaláctica, pero su plan de vida está orientado a un perfil diferente, donde no puede practicar todo lo que quiere hacer. Lo primero que le sugeriría es analizar hacia dónde va su vida familiar, financiera, espiritual, lo que le hace feliz, analizar la formación que quiere y que esa formación sea congruente con su plan de vida, porque cuando no hay congruencia es cuando viene la frustración. Uno se prepara para una cosa y acaba haciendo otra diferente y en otro lugar o se invierte demasiado tiempo en un tipo de formación que por diferentes factores ajenos a sus manos se termina sin practicarlo o porque el lugar donde está necesita de otro tipo de habilidades o de especialistas, por lo que le sugeriría pensar en que su plan desarrollo profesional sea congruente con su plan de vida.

¿Qué cosas te gustan más de los jóvenes endoscopistas actuales?

- Aprenden más rápido.
- Tienen mayor acceso a la tecnología e información médica; la globalización permite que las barreras que se tenían hace 20 años ya no existan.
- Se enteran de lo que pasa en el resto del mundo de una forma muy rápida.
- Pueden aprender una técnica muy fácil y de muchas formas.
- Creo que dentro de 15 o 20 años sabremos el impacto de todo lo anterior y cómo les fue, si impactó en pro de la salud de la población o en su calidad de vida.

¿Qué cosas consideras riesgosas de los jóvenes endoscopistas actuales?

- Hay una fuerte necesidad de aceptación y visibilidad.
- Pierden la atención o el interés muy fácil.
- La sensación de inmediatez (en su desarrollo, formación,

plan económico, etcétera) con la que se están familiarizando y desarrollando las nuevas generaciones.

- Falta de arraigo a escuelas y no me refiero al área física, sino a la forma en la que uno aprende, a la tradición del lugar, la forma de pensar de un grupo bien establecido con política, ética y principios muy categóricos. Antes había escuelas con determinadas características o con perfiles diferentes sin necesidad de que fueran mejores, ahora no veo ese arraigo.
- Ahora no se está preocupando por adquirir experiencia, ahora se quieren resultados rápido y pronto, sin saber que puede ser volátil.

¿Qué nos falta como sociedad para crecer aún más?

- Ir a la par de las necesidades que la asociación tiene como objetivo.
- Una de las obligaciones más importantes que tiene la asociación es la educación médica continua, la cual debe ser de forma bilateral.
- Atender las necesidades académicas del usuario acorde con las necesidades de su entorno.
- Hay que entender que formamos parte de algo más grande y que hay más asociaciones, más competencia, más necesidad de entrenamiento, por lo que necesitamos un perfil de calidad más alto en los programas académicos, pero que nos permita trabajar en equipo, en pro del usuario, de los pacientes y de nuestra sociedad.
- Implementar herramientas o normativas que nos permitan conocer cómo vamos, que nos califique y nos mida.

¿Cómo proyectas el futuro de la asociación?

Bueno, con base en un buen equipo, con base en identificar las áreas de oportunidades y de instrumentar bien los procesos. Creo que el pronóstico es bueno si es bien trabajado.



ameg®

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

XVIII ECOS **ENDOSCÓPICOS** **INTERNACIONALES**

COORDINADORES

Dra. Angélica I.
Hernández Guerrero

Dra. María Elena
López Acosta

Dr. Juan Miguel
Abdo Francis

Dr. Sergio
Solana Senties



Del 23 al 25 de
julio de 2026



Hospital
Español de México

Colitis inmunomediada

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

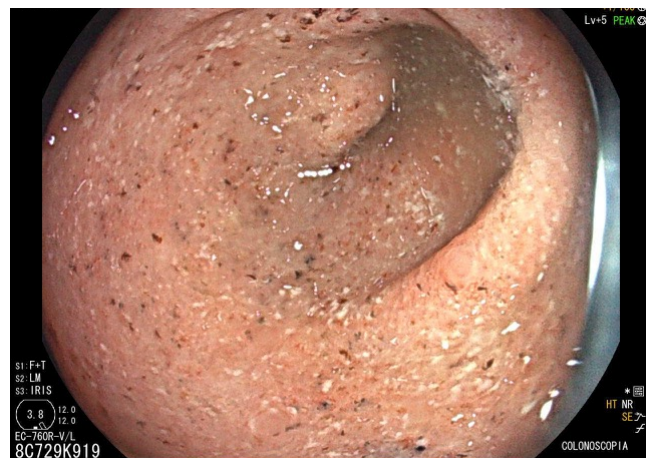
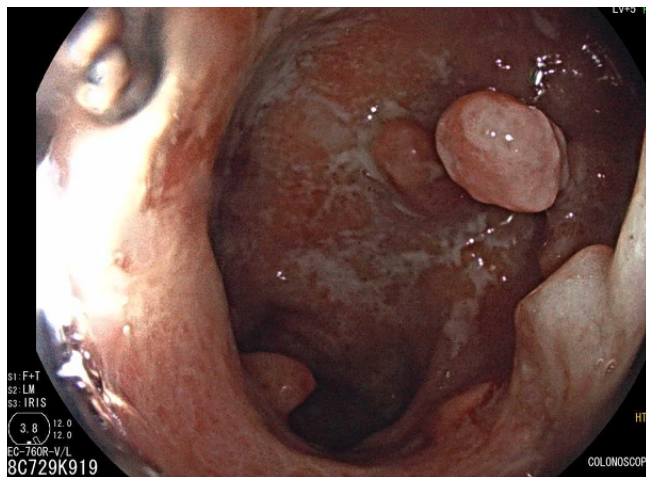
Hospital Ángeles Puebla

Servicio de Endoscopia, HE IMSS, Puebla

Paciente femenino de 65 años de edad con antecedentes quirúrgicos de mastectomía radical izquierda por cáncer de mama triple negativo, en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, actualmente en terapia de mantenimiento con pembrolizumab. La paciente refería que a los dos meses de haber comenzado con pembrolizumab, inició con dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal con disminución progresiva de la consistencia, actualmente Bristol 7, acompañada de distensión abdominal, sin respuesta a tratamiento médico. Se inició protocolo de estudio incluyendo colonoscopia.

En la colonoscopia se encontró distensibilidad limitada en colon ascendente, transverso, descendente y sigmoideas, a expensas de edema mucoso severo, el cual condicionaba pérdida del patrón vascular submucoso y del patrón haustral. Se observaron múltiples úlceras puntiformes distribuidas en toda la topografía de colon y recto, con exudado purulento generalizado. En el recto se observaron lesiones polipoides, sin cambios macroscópicos sugerentes de adenomas. No fue posible canular la válvula ileocecal por edema mucoso cecal. Se realizó mapeo con biopsias de todos los segmentos de colon y recto. En los reportes de patología se encontró una colitis ulcerosa crónica inespecífica, sin agentes infecciosos asociados.

La colitis inmunomediada (CIM) es una inflamación del colon causada por una respuesta anormal del sistema inmunitario, común como efecto secundario de la

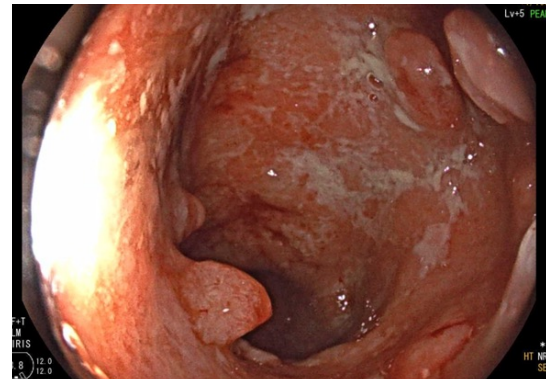
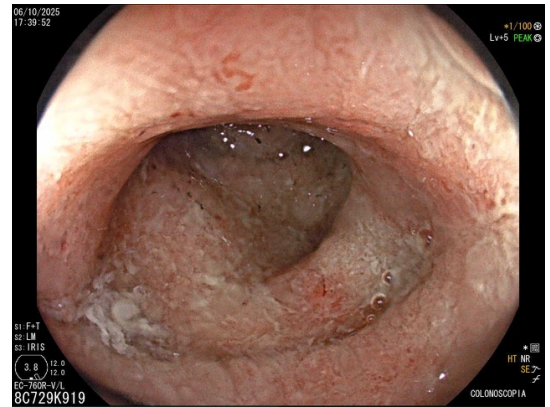
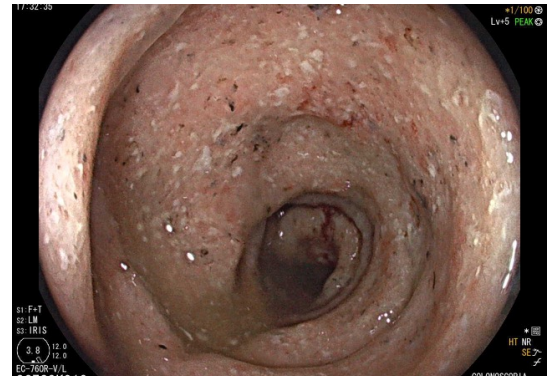


inmunoterapia contra el cáncer (inhibidores de puntos de control inmunitario), aunque también puede ser una enfermedad autoinmune primaria como la colitis ulcerosa. Se caracteriza por diarrea, dolor abdominal y a menudo se puede confundir con procesos infecciosos. Requiere un diagnóstico temprano mediante colonoscopia y biopsias y se trata con corticosteroides y, en casos graves, con otros inmunosupresores para prevenir complicaciones serias.

El proceso de colitis inducida por inmunoterapia no se comprende completamente. Se han propuesto diferentes mecanismos; por ejemplo, la activación de células T relacionada con el sistema inmunitario inducida por inhibidores de puntos de control inmunitarios conduce a la secreción de altos niveles de células T auxiliares CD4, citocinas e infiltración de células T CD8 citotóxicas en los tejidos, lo que posiblemente cause colitis.

Alternativamente, para el tratamiento con anticuerpos anti-CTLA-4, el mecanismo de la colitis puede involucrar células T reguladoras CD25+ CD4+ inmunosupresoras (Tregs). Las Tregs inmunosupresoras expresan constitutivamente niveles altos de CTLA-4. La lámina propia y el epitelio del colon en la colitis inducida por anti-PD-1 se han caracterizado predominantemente por células T CD8+ y Tregs, mientras que la lámina propia del colon en la colitis inducida por anti-CTLA-4 se ha caracterizado predominantemente por células T CD4+ y altas concentraciones de TNF- α en la mucosa.

La colitis relacionada con el tratamiento anti-CTLA-4v tiene características similares a la enfermedad de injerto contra huésped. Se ha propuesto que los antígenos de la microflora intestinal contribuyen a la colitis y que las terapias dirigidas a la microflora intestinal pueden prevenir la colitis inducida por inmunoterapia.





¿Displasia? ¿Y ahora qué sigue?

Dra. Vanessa García Montes

Oncóloga médica

Recientemente he visto en la consulta pacientes que acuden preocupados posterior a realizarse un estudio endoscópico, en donde se ha encontrado una displasia gastrointestinal, ya que muchas personas la asocian automáticamente con cáncer. Sin embargo, es importante aclarar que la displasia no es una enfermedad oncológica en sí misma, es decir, no es un crecimiento descontrolado de las células del tracto digestivo, sino solamente un cambio en la forma y organización de estas, que se detecta mediante estudios histológicos al realizar una biopsia en el momento de la endoscopia.

En términos sencillos, la displasia indica que algunas células presentan alteraciones anormales, pero no han adquirido las características propias del cáncer, como la invasión de tejidos vecinos o la capacidad de diseminarse a otros órganos. Existen distintos grados de displasia (leve, moderada y severa) y muchos casos, especialmente los de bajo grado, no progresan a cáncer.

Es muy importante que durante la consulta de oncología quede muy claro que la displasia gastrointestinal sí requiere aten-



Contacto

ONCARE, Cancer Center Viaducto CDMX
Viaducto, Río Becerra 27. Nápoles, Benito Juárez
Tel: 552-484-66-81
IG: vane.garmon

ción médica especializada. Su presencia se relaciona con factores de riesgo modificables como el tabaquismo y la obesidad o no modificables como antecedentes familiares y puede asociarse a enfermedades inflamatorias crónicas o infecciones persistentes. Por eso, su detección debe considerarse una señal de alerta temprana que permite actuar antes de que aparezcan complicaciones mayores.

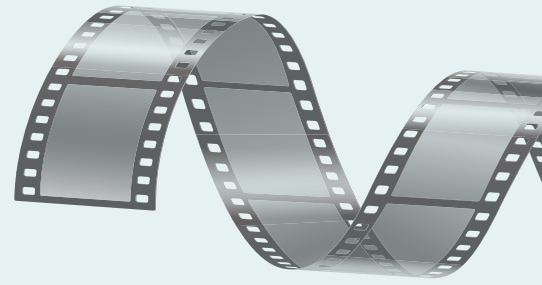
El seguimiento adecuado incluye cuidados por parte de un equipo multidisciplinario, que suele incluir controles

endoscópicos periódicos, cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, tratamiento médico o intervenciones localizadas. Estas medidas buscan reducir la inflamación, eliminar factores desencadenantes y vigilar cualquier posible progresión celular, siempre bajo la supervisión de un especialista en gastroenterología.

En conclusión, desmitificar la displasia gastrointestinal es fundamental para evitar alarmas innecesarias. No es cáncer, pero tampoco debe ignorarse. Un diagnóstico oportuno y un seguimiento adecuado permiten un manejo eficaz y seguro, reforzando la importancia de la prevención y la educación médica como herramientas clave para la salud digestiva.

Referencias

1. World Health Organization. *Digestive System Tumours*. WHO Classification of Tumours, 5th Edition.
2. Odze RD, Goldblum JR. *Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract and Pancreas*. Elsevier.
3. American Gastroenterological Association. *Clinical guidelines on gastrointestinal dysplasia*.
4. National Cancer Institute. *Precancerous conditions of the gastrointestinal tract*.



Doc, un drama médico que vale la pena ver

Dr. Gerardo Alfonso Morales Fuentes

Disponible en Disney+, la serie dramática *Doc* sigue a la Dra. Amy Larsen, un internista que, después de una tragedia familiar, opta por encerrarse en su trabajo como protección, haciendo de lado a su familia, pero logrando grandes éxitos profesionales, incluyendo una jefatura, pero sin el respeto personal, sólo profesional, de sus colegas y colaboradores.

Una noche sufre un accidente en el que pierde la memoria de los últimos ocho años, que es el tiempo de su cambio radical, es decir, tiene una segunda oportunidad para hacer las cosas diferentes. Si bien la tragedia tampoco la recuerda, puede afrontarla de diferente manera, permitiéndole a ella y a su círculo familiar y profesional, tener otra faceta de la misma doctora excelente.

La serie está llena de casos médicos interesantes y, como en toda producción estadounidense, los médicos están capacitados para atender todas las especialidades y realizar todos los procedimientos, con disponibilidad ilimitada de recursos para hacer todas las pruebas diagnósticas en pocas horas.

Lo interesante de *Doc* es que está basada en una serie italiana, que a su vez está inspirada en una historia real de

un médico de ese país que perdió la memoria de doce años previos.

Los personajes tienen sus historias personales fuera del hospital, son profundas y muestran el lado humano de los médicos, que complementan una buena historia de drama individual, dejando de lado lo médico, pero no dejan pasar casos médicos interesantes (por lo general son dos por capítulo).

Está confirmada la segunda temporada, ya que, dentro de toda la oferta de dramas médicos disponibles, ha logrado capturar audiencia y la renovación consta de más del doble de episodios con los que contó la primera temporada.

El final de la primera temporada cierra con las historias pequeñas que debutaron a lo largo de esta, pero no da cierre al tema principal que es la pérdida de memoria de la protagonista, lo que influye demasiado en uno de los principales temas al final: el nuevo amor que no recuerda o la segunda oportunidad al viejo amor que no recuerda los momentos difíciles y se quedó en la mejor etapa de este. ¡Realmente es un muy buen drama!

Transformamos **Clínicas y Hospitales** con Tecnología Médica de Vanguardia.

SIBSA
INGENIERÍA BIOMÉDICA
ESPECIALIZADA



Más Información

Endoscopía • Laparoscopía • Imagenología
Quirófano • Terapia • Hospitalización