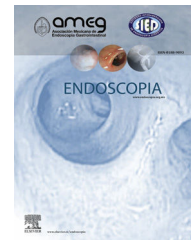




# ENDOSCOPIA

[www.elsevier.es/endoscopia](http://www.elsevier.es/endoscopia)



## EDITORIAL

## En este número

## In this issue



Este segundo número del año, trae a ustedes varios trabajos relacionados con el páncreas, el colon, la vía biliar y el intestino delgado.

La colonoscopia es sin duda el estudio de elección para la prevención del cáncer colorrectal. Recientemente se han desarrollado diferentes herramientas para mejorar su calidad e incrementar la detección de adenomas (EndoCuff®, sistema Fuse®, etc.)<sup>1</sup>. Sin embargo, muchas veces dejamos de lado cuestiones básicas como es la preparación intestinal.

Zamora-Morales et al. presentan los resultados de su investigación en relación a la tasa de adenomas no detectados en colonoscopia, particularmente en el escenario de preparación colónica inadecuada. En años recientes ha surgido evidencia de calidad que demuestra que la preparación colónica es fundamental, no solo para la detección de adenomas, sino también para la prevención de complicaciones asociadas. Las guías actuales de diferentes sociedades internacionales recomiendan realizar la preparación intestinal basado en esquemas de dosis dividida o «split dose» para lograr una mejor tolerancia, mayor limpieza colónica e incrementar la tasa de detección de adenomas. Tan importante es la preparación colónica, que incluso se recomienda repetir la colonoscopia en un lapso de un año en pacientes con preparación inadecuada<sup>2</sup>.

Para favorecer aún más la difusión e importancia de dichos esquemas se incluye en este número un artículo de revisión precisamente acerca de la preparación colónica, con el extra de que agrega datos obtenidos de literatura latinoamericana. La información ahí mostrada nos invita a reflexionar sobre cómo optimizar y modernizar los esquemas de preparación colónica que utilizamos, y así disminuir el diferimiento o reprogramación de aquellos pacientes con preparación inadecuada.

La modernización de la medicina ha traído, como consecuencia, la posibilidad de tener mayores herramientas de exploración. Anteriormente el páncreas y la vía biliar eran áreas de competencia exclusivamente quirúrgica. Sin embargo, la endoscopia ha desarrollado un papel importante en el estudio de la enfermedad bilio-pancreática.

Una herramienta frecuentemente utilizada hoy en día es la colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) con fines terapéuticos. Altamirano-Castañeda et al. muestran su experiencia en el manejo de fugas biliares en un centro de tercer nivel, demostrando por qué la CRE continúa siendo el estudio de elección para el diagnóstico y el tratamiento de las fugas biliares.

Por otro lado, Bellacettin-Figueroa et al. nos presentan su experiencia en la evaluación de tumores neuroendocrinos, por medio del ultrasonido endoscópico (USE). El USE cada vez gana más terreno y difusión en nuestro medio, en gran parte debido a su alto rendimiento diagnóstico asociado a una menor invasividad y menores costos que la opción quirúrgica o radiológica.

De igual forma, la endoscopia moderna nos ha dado la capacidad de evaluar la totalidad del tubo digestivo, y hoy es una realidad también en nuestro medio. El desarrollo de la videocápsula endoscópica y la enteroscopia han permitido la exploración y la detección de enfermedad en el intestino delgado, sitio antes considerado «oscuro». Una muestra de lo anterior es la recomendación, en recientes guías americanas, de cambiar y utilizar el término «hemorragia de origen oscuro» solo en aquellos pacientes donde no se encuentre la causa de la hemorragia, a pesar de la realización de endoscopia superior, colonoscopia, estudios radiológicos, videocápsula y/o enteroscopia<sup>3</sup>. Es por ello importante dar a conocer la experiencia generada en el uso de herramientas de reciente incorporación como es la enteroscopia en Latinoamérica. A este respecto, en este número se incluye el trabajo de Landaeta et al., quienes comparten sus resultados en enteroscopia enfocándose en el impacto que tiene el uso de bióxido de carbono para la insuflación.

Bienvenidos sean todos al nuevo número de ENDOSCOPIA. Esperamos encuentren utilidad en su práctica diaria con la información aquí presentada.

## Bibliografía

1. Atia M, Ramirez F, Gurudu S. Quality monitoring in colonoscopy: Time to act. World J of Gastrointest Endosc. 2015;7:328-35.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2016.07.002>

0188-9893/© 2016 ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

2. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, et al. Guideline for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012;143:844–57.
3. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:1263–87.

Enrique Murcio Pérez  
*Departamento de Endoscopia Gastrointestinal,  
Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del  
Seguro Social, Ciudad de México, México*  
Correo electrónico: [murcio@hotmail.com](mailto:murcio@hotmail.com)