

WIDER-Barcelona news

Director: J.R. Armengol-Miró

Número 11 • Mayo 2019

12.º CURSO INTERNACIONAL DE NOTES WIDER-Barcelona

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES

Barcelona, 26 y 27 de noviembre de 2018



Aspecto de la sala.

C.L. Ruiz de Villalobos

En la Sala de Actos del Pabellón Docente del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona se celebró el 12.º Curso Internacional de NOTES WIDER-BARCELONA que durante dos intensas jornadas puso al día una doble actividad, práctica y docente, desarrollada en la sala de conferencias y en los quirófanos del Institut de Recerca del Hospital Universitari Vall d'Hebron. Fue llevada a cabo por ilustres personalidades nacionales e internacionales del mundo de la endoscopia, de la gastroenterología, de la cirugía y de la investigación. Contó como siempre con una gran número de participantes que intervinieron en las discusiones suscitadas al final de cada ponencia y que siguieron con el máximo interés las intervenciones realizadas y transmitidas en directo.

El Curso cuenta con el soporte de WIDER-Barcelona, Hospital Universitari Vall d'Hebron (Universidad Autónoma de Barcelona), Institut de Recerca del Hospital Universitari Vall d'Hebron y OLYMPUS EUROPA SE & CO y la colaboración de la Obra Social de la Fundación "la Caixa".

Los objetivos del Curso abarcaron las posibilidades y las limitaciones técnicas e instrumentales de NOTES en la actualidad, el aprendizaje y la familiarización con los instrumentos y los animales de laboratorio, el conocimiento de las variantes anatómicas, la posible selección de candidatos en el futuro y las diferentes vías de aproximación transluminal, así como la evaluación de las posibilidades de combinar procedimientos y de revisar las variadas aplicaciones, según los comités éticos de cada centro.

El Curso estuvo dirigido por José Ramón Armengol-Miró, Manuel Armengol Carrasco, Antonio José Torres García y Joan Dot Bach, y coordinado por Jorge Olsina, Joaquim Balcells, Monder Abu Suboh Abadía y Jordi Armengol Bertolí, y por Miquel Masachs Perecaula, Ana Benages y Mª Dolores Castillo Cejas.



José Ramón Armengol-Miró
Director de WIDER-Barcelona.
Servicio de Endoscopia Digestiva
Hospital Universitario
Vall d'Hebron. Barcelona

«Muy pronto, mediante el robot FENO, podremos obtener imágenes en tres dimensiones en tiempo real, que se ejecutan en cada momento que hacemos una nueva endoscopia»



Antonio J. Torres García
Jefe del Servicio de Cirugía 2 y Cirugía Torácica
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

«Este espíritu de unión entre los profesionales del mundo es un objetivo prioritario que esta reunión ha sabido mantener »



Sergey Kantsevov
Director del Centro de Endoscopia Terapéutica
Institute for Digestive Health & Liver Disease
Mercy Medical Center. Baltimore
Maryland (EE.UU.)

«La principal ventaja de este encuentro es que además de las ponencias se presentan casos clínicos»



Joan Dot Bach
Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona

«Este Curso ofrece poder ver procedimientos en directo realizados por los más expertos en cada área»



Irving Waxman
Profesor de Medicina y Cirugía.
Universidad de Chicago. Estados Unidos.
Director del CERT (Center for Endoscopic
Research and Therapeutics)

«Siempre salgo de las Jornadas con un gran bagaje de nuevos conocimientos»

WIDER-Barcelona
Institute for Digestive Endoscopy Research in Barcelona
Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron
www.wider-barcelona.org



José Ramón Armengol-Miró



Manel Armengol Carrasco



Laia Arnal



Joan Dot



Jesús Martínez



Cristina Nadal

Primera jornada. Lunes

NOTES. PRESENTE Y FUTURO

Inauguración oficial del Curso

Participaron en la inauguración del 12.º CURSO INTERNACIONAL NOTES-WIDER-BARCELONA los doctores Armengol-Miró, Armengol Carrasco, Torres García, Pavlov, Dot y Martínez, la jefa del área de Desarrollo de Negocio del VHIR, Laia Arnal, y la directora de Planificación de la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, Cristina Nadal.

Alexei Pavlov habló de las perspectivas de futuro de la endoscopia y del importante papel que está llamada a representar. Joan Dot saludó a todos los participantes, en especial a los oradores que durante dos días expondrían sus ideas y nuevas experiencias. Antonio José Torres García agradeció que nuevamente se contara con él para participar en un acontecimiento que reúne a los más importantes endoscopistas y cirujanos nacionales y extranjeros y se congratuló de las novedades que se iban a ofrecer especialmente en el terreno de la robótica. Manuel Armengol Carrasco declaró que era un honor seguir dirigiendo el Curso y ver cómo han ido evolucionando muchos temas relativos a la cirugía y a la endoscopia a lo largo de los años, así como el propio Curso NOTES-WIDER-BARCELONA, gracias al entusiasmo constante y al trabajo del doctor Armengol-Miró. José Ramón Armengol-Miró dijo que el Curso partió de “la idea de un soñador”, su propia idea, que encontró ayuda y acogida en la Fundación “la Caixa” y en la Generalitat de Catalunya hasta que el proyecto se hizo realidad.

A continuación, el doctor Armengol-Miró afirmó que ahora empieza una nueva era y con ella la realización de otra idea, un robot que permita las imágenes endoscópicas en tres dimensiones que faciliten enormemente el trabajo de los endoscopistas. Tuvo palabras de agradecimiento para sus colegas así como para Vicente Ibañez, gerente del Hospital Universitari Vall d’Hebron. Destacó la gran colaboración que se ha establecido con China donde la endoscopia es muy importante y agradeció la asistencia de todos y les dio la bienvenida a Barcelona.

Laia Arnal destacó la importancia del proyecto WIDER-BARCELONA que da a todos la oportunidad de aprender, colaborar y participar en los últimos y más importantes avances. Jesús Martínez, subdirector asistencial del Hospital Universitari Vall d’Hebron, en representación de Vicente Ibañez, habló de la calidad de la atención al paciente en el hospital y de la excelencia de la investigación llevada a cabo por el VHIR. Finalmente, Cristina Nadal dijo que actualmente la Sanidad tiene que hacer frente a muchos retos y a muchos avances tecnológicos y que el Curso Internacional NOTES-WIDER-BARCELONA permite compartir experiencias e intereses en endoscopia y cirugía para mejorar la atención al paciente y que, desde la Conselleria de Salut que siempre apoya las innovaciones, se apoya incondicionalmente a este Curso.



Antonio J. Torres García



Alexei Pavlov

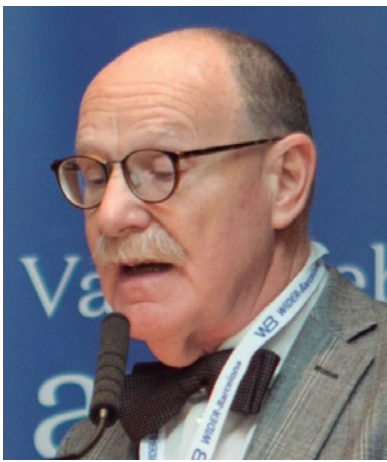
SESIÓN 1. NOTES. PRESENTE Y FUTURO

El profesor Armengol-Miró presentó el Curso y a los directores del mismo, señalando que en esta ocasión se contaba con importantes novedades en cuanto a los avances, tanto en los aspectos científicos como tecnológicos. Dijo que los objetivos trazados han sido buenos y se ha mantenido una línea clara en cuanto a asistencia y a profesionales. Indicó que China presentaba la participación más numerosa y que ha realizado grandes avances en endoscopia.

A continuación, dio comienzo la primera sesión dedicada a:

NOTES EXPERIMENTAL

Intervino en primer lugar Per-Ola Park (Suecia) que trató de una revisión de la sutura de la bolsa después de un bypass gástrico usando Overstitch. Habló de un análisis de las tareas cognitivas (CTA) como método de investigación para conocer las estrategias necesarias en una determinada situación. Para ello hay que considerar los objetivos y el aprendizaje, los retos y las preocupaciones, los métodos y la elección entre distintas estrategias. En lo que se refiere a los posibles métodos



Per-Ola Park (Suecia)

para conseguir la pérdida de peso, señaló el tratamiento dietético, la cirugía y los métodos endoscópicos. Después de un tratamiento endoscópico para perder peso con un bypass gástrico es importante una revisión y un metaanálisis. En este sentido, la sutura endoscópica con Overstitch permite disminuir el tamaño de la obertura hacia el estómago y el de la bolsa estomacal y al ser un procedimiento endoscópico es mínimamente invasivo, seguro y cómodo.

Suvranu De (EE.UU.) habló del desarrollo de un simulador de realidad virtual para la disección endoscópica submucosa (ESD). Desde el punto de vista de la seguridad y la eficacia, el desarrollo de un simulador virtual permite capacitar al endoscopista para aprender los principios de la ESD en un entorno seguro, controlado y supervisado antes de trabajar con pacientes. La disección endoscópica submucosa es una técnica endoscópica beneficiosa y mínimamente invasiva.



Suvranu De (EE.UU.)

El entrenamiento con simulación virtual permite adquirir experiencia, expandir su implementación clínica y reducir el número de posibles complicaciones. No obstante, señaló Suvranu De que habrá que desarrollar más estudios en este aspecto.

Giuseppe Galloro (Italia) trató de los nuevos stents dedicados al tratamiento de la dehiscencia después de una gastrectomía de manga (LSG) en pacientes obesos. Dijo que la LSG es una cirugía efectiva y segura.



Giuseppe Galloro (Italia)

La complicación más frecuente es el sangrado, mientras que se subestima la incidencia real de fugas en la línea de corte. Las complicaciones más graves y vitales están relacionadas con la tasa de intervenciones. En cuanto a los stents más indicados, son los mega/Betastent, totalmente cubiertos, con muy buen anclaje. Se trata de stents seguros y efectivos que permiten disminuir la tasa de reintervenciones. Las grandes complicaciones son raras mientras que las pequeñas son acumulables.

Per-Ola Park presentó una segunda ponencia en la que habló de Endodrill, un nuevo instrumento para el muestreo de biopsias en el canal gastrintestinal, especialmente útil para los tumores submucosos. Se ha comparado Endodrill con los forceps de biopsia convencionales en términos de capacidad para establecer el diagnóstico correcto en cáncer gástrico difuso basado en biopsias recolectadas de tejido tumoral. Endodrill es seguro de usar y genera más tejido submucoso en comparación con las biopsias de forceps convencionales.

María Bergstrom (Suecia) recordó la evolución de la cirugía y de la endoscopia: cirugía, laparoscopia, cirugía laparoscópica, endoscopia, cirugía endoscópica, hasta llega a NOTES y ahora se puede decir que se está llegando a un tercer espacio que será el futuro. Habló de la técnica LAMS en los quistes hepáticos. La técnica de espectrometría de masas por ablación con láser (LAMS) mide las relaciones isotópicas con alta precisión, lo que permite correlacionar los elementos objetivos con el lugar del que se extraen.



Maria Bergström (Suecia)



Irving Waxman (EE.UU.)

En su ponencia, Irving Waxman (EE.UU.) habló de la endoscopia robótica de la que dijo que se encuentra en su momento estelar. Trató de la evolución de la cirugía y la endoscopia, la práctica endoscópica, las barreras con que se encuentra, las indicaciones, los resultados y el aprendizaje, señalando que la experiencia la hace perfecta. En cuanto a la robótica señaló el sistema Isis Scope Strass y sobre todo, Medrobotics, que proporciona la habilidad para acceder a lugares que parecen difíciles o imposibles con una invasión mínima ya que se trata de un instrumento flexible que permite una resección de espesor completa.

Lectura especial. Proyecto ENGINE

Kiyokazu Nakajima (Japón) trazó un breve recorrido por la historia del proyecto Engine desde 2008 hasta su actualización en 2018, como proyecto de I+D de primera línea.



Kiyokazu Nakajima (Japón)

Engine (Endeavor For Next Generation Of Intervention Endoscopy) representa la colaboración de la industria con los académicos. Recordó el diferente lenguaje que hablan unos y otros y la necesidad de una aproximación entre ellos. A lo largo de estos años ha habido diferentes ciclos de colaboración hasta lograr que ENGINE se convirtiera en una única plataforma para ambos grupos. También habló de los progresos recientes, de los esfuerzos de fabricación y de los nuevos instrumentos médicos y terapéuticos conseguidos que confirman que la mejor solución ha sido la unión de médicos e ingenieros.

CONFERENCIA

Sergey Kantsevov (EE.UU.) ofreció una conferencia sobre una nueva plataforma endoluminal para intervenciones endoscópicas en el intestino grueso.

Kantsevov dijo que DiLumen es una nueva plataforma intervencionista endoluminal que facilita la visión telescópica del colon durante el avance del colonoscopio. Estabiliza el endoscopio, crea una zona terapéutica, proporciona tracción y facilita marcadamente la ESD y la EMR de colon. Crea conductos, facilita el paso del endoscopio y cierra por sutura de grandes defectos mucosos después de la extirpación de la lesión. Asimismo, reduce significativamente el tiempo total del procedimiento.



Sergey Kantsevov (EE.UU.)

AVANCES EN NOTES

La primera en intervenir en este apartado fue Liu Dan (R.P.China) que habló de la práctica de la terapia de endoscopia retrógrada para apendicitis (ERAT) en China. Señaló Liu Dan que es importante un buen diagnóstico para valorar los síntomas y calibrar el riesgo de apendicitis para ver si el tratamiento debe ser conservador o no. (En pacientes ancianos puede aparecer diverticulosis). En China, una vez se ha diagnosticado la apendicitis se suele hacer ERAT o colonoscopia o ambas.

A continuación, la doctora Liu Dan ofreció un video explicando detalladamente la técnica ERAT.



Liu Dan (R.P. China)



Lada Shumkina (Rusia)

Lada Shumkina (Rusia) trató de la técnica de tunelización en el tratamiento del divertículo de Zenker y de las ventajas de las nuevas técnicas y modalidades de tratamiento. Recientes estudios muestran la efectividad del tratamiento endoscópico. Efectividad que también se pueden apreciar en el tratamiento quirúrgico. Con el acceso abierto se logran mejores resultados a largo plazo pero tiene más complicaciones inmediatas. Se recomienda usarlo en pacientes jóvenes y cuando existen condiciones anatómicas desfavorables para la endoscopia. El tratamiento endoscópico es una opción muy adecuada para pacientes de alto riesgo quirúrgico y anestésico.

Xu Mei-Dong (R.P. China) resumió la historia de NOTES señalando una nueva frontera representada por la endoscopia submucosa y sus aplicaciones como: POEM, STER, ESD y otras. Señaló las indicaciones y contraindicaciones de cada procedimiento, destacando las ventajas de la endoscopia submucosa. En cuanto a sus futuras posibilidades, señaló su aplicación en el diagnóstico y el muestreo, el sistema nervioso entérico, el muscular, en la metástasis de la infección peritoneal, en la estadificación del cáncer pancreático y gástrico, en la implantación submucosa de dispositivos como microestimuladores y bombas de suministro de medicamentos y en la terapia de la ERGE. Concluyó que el desarrollo de la endoscopia submucosa impulsa la evolución del nuevo NOTES y que el futuro de éste depende del desarrollo de nuevas técnicas, así como de la ayuda y apoyo de fundaciones y organizaciones.



Xu Mei-Dong (R.P. China)



Alexei Balakuyin (Rusia)

SESION 2. NOTES clínico y experimental

Alexei Balakuyin (Rusia) expresó su adhesión a la cirugía endoluminal y el convencimiento de que está en un momento de máximo interés.

Conferencia magistral

Seda Dzhantukhanova (Rusia) abordó el tema del tercer espacio en endoscopia, representado por ESD, POEM, g-POEM, d-POEM, z-POEM, PREM (miotomía endoscópica por el recto) y STER (resección endoscópica del tunel submucoso) y sus futuras perspectivas que irán mucho más allá.

El tercer espacio de la cirugía endoscópica incluye más y más técnicas nuevas. Los resultados iniciales se muestran prometedores pero será necesaria una experiencia adicional para un análisis más correcto. También será preciso aumentar las habilidades de los cirujanos con endoscopios flexibles.



Seda Dzhantukhanova (Rusia)

A continuación, Xu Mei-Dong (R.P. China), en su segunda intervención, trató del diagnóstico endoscópico y del tratamiento del carcinoma hipofaríngeo superficial y esofágico cervical. Explicó los aspectos clínicos del cáncer superficial temprano, el diagnóstico endoscópico y su eficacia, las posibles complicaciones y las posibilidades de tratamiento: terapia convencional, cirugía, quimioterapia, terapia endoscópica y terapia endoscópica cervical esofágica.



Shunsuke Yamamoto (Japón)

Shunsuke Yamamoto (Japón) ofreció una visión del ESD colorrectal asistido por mentor en los países occidentales y explicó las ventajas y desventajas del ESD colorrectal. Entre las primeras, la alta tasa de resección en bloque, la alta tasa de resección curativa y de la curva de aprendizaje para la resección en bloque.

Las razones para recurrir a un supervisor pueden ser la incapacidad para lograr la hemostasia, las dificultades en la disección y consumir demasiado tiempo para llevar a cabo el procedimiento, lo que puede ocasionar efectos adversos como perforaciones y hemorragias. La implementación de la asistencia de un mentor CR-ESD en los países occidentales resulta segura para los pacientes y efectiva para conseguir una buena curva de aprendizaje. Además, los endoscopistas occidentales pueden aprender el proceso diagnóstico, así como habilidades terapéuticas, y contribuir a disminuir los tratamientos innecesarios e incorrectos. La competencia en hemostasia puede ayudar a un mejor cumplimiento autólogo.



Milutin Bulajic (Serbia)

Errores en el tratamiento ERCP (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) de la obstrucción biliar y como mantenerse al margen fue el tema abordado por Milutin Bulajic (Serbia).

Habló de la naturaleza de los errores que pueden estar en: una evaluación apropiada versus una indicación inapropiada, el tiempo de antes y después del procedimiento, la selección de dispositivos materiales y el uso de accesorios, la perspectiva técnica de habilidades versus la inexperiencia, el resultado predecible versus el impredecible, la decisión (intención voluntaria versus negligencia), la comunicación –entre el operador y las enfermeras asistentes–, las consecuencias clínicas (ausencia de consecuencias versus complicaciones) y las consecuencias legales (civiles versus penales). Ante la pregunta de: “¿quién comete los errores?”, Bulajic recordó las palabras de Joseph Conrad: “Si no quieres cometer errores no hagas nunca nada”, ya que la única forma de no incurrir en errores es evitar tratar de hacer algo.



Conexión con quirófanos donde el doctor Stavros Stravopoulos realizó una miotomía



Stavros Stavropoulos (EE.UU.)

Stavros Stavropoulos (EE.UU.) presentó técnicas y resultados en 500 casos de POEM (miotomía endoscópica por vía oral). Su conclusión es que POEM ha madurado con resultados sobresalientes de 2 a 5 años. POEM representa la primera línea de tratamiento para la acalasia con una eficacia equivalente o superior al tratamiento con LHM (miotomía laparoscópica Heller).

La diferencia absoluta en las tasas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) entre LHM y POEM es del 20 al 25% en un año pero puede disminuir con el tiempo y puede asociarse a un alivio de la disfagia inferior en los pacientes con LHM. ERGE después de POEM es fácilmente tratable con inhibidores de la bomba de protones (PPI). La satisfacción de los pacientes durante un significativo y largo periodo es un punto útil para la evaluación del éxito del tratamiento.

Miguel Muñoz Navas (Pamplona) se planteó la pregunta: "¿Se puede prevenir la pancreatitis aguda después de ERCP? Indicó que la pancreatitis es la complicación más frecuente después de ERCP y que supone una serie de factores de riesgo, riesgo que es mayor en las mujeres en las que la pancreatitis después de ERCP puede aparecer en un 42% de los casos.

Para reducir el riesgo se han hecho estudios aunque poco consistentes y se han indicado fármacos como indometacina y diclofenaco. Éste reduce la pancreatitis y es un fármaco seguro y barato que puede recomendarse si no existe fallo renal. Asimismo, los stents pancreáticos disminuyen el riesgo de pancreatitis después de ERCP. Se dice que los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son superiores a las prótesis pancreáticas. Si los AINEs estuvieran contraindicados se recomienda nitroglicerina por vía sublingual. También la hidratación intravenosa es útil para disminuir la incidencia y la severidad de la pancreatitis.



Miguel Muñoz Navas (Pamplona)

Fan Zhining (R.P. China) trató de la prevención y tratamiento de la estenosis refractaria después de ESD o radioterapia en el cáncer de esófago. Actualmente, ESD ha sido aceptado como tratamiento mínimamente invasivo para el cáncer de esófago superficial.

El riesgo de estenosis es alto (70-80%) si se resecan más de tres cuartas partes de la circunferencia, especialmente en lesiones con un diámetro longitudinal superior a 3 o 4 cm. La prevención y tratamiento contemplan la dilatación endoscópica, el tratamiento farmacológico, el tratamiento con stent esofágico, la terapia incisional y el enfoque de ingeniería de tejidos. Fan Zhining finalizó explicando que su equipo trató con éxito a cinco pacientes con estenosis refractaria esofágica utilizando el autoinjerto de mucosa endoscópica.



Fan Zhining (R.P. China)

Sergey Kashin (Rusia) presentó el primer estudio piloto ruso sobre la resección endoscópica en el cáncer gástrico con cirugía de navegación de ganglios linfáticos centinela. Esta aplicación al cáncer gástrico es discutida debido a la complejidad del drenaje linfático de los tumores gástricos. Los datos que se tienen sugieren que las células en el cáncer gástrico temprano se pueden detectar pronto en la superficie tumoral. Se usó el enfoque metodológico indirecto y los autores que evaluaron las células cancerosas detectaron que pueden crecer en entornos ex vivo o in vivo.



Sergey Kashin (Rusia)



Liu Bing-Rong (R.P. China)

Liu Bing-Rong (R.P. China) habló de la colicistolitotomía transrectal (TRGPC) y la polipectomía transrectal (TRGPP) para preservar la vesícula biliar. En este aspecto destaca la superioridad de NOTES que evita el dolor y las hernias.



Ponencia de Fan Zhining; en la mesa, Senol Carilli, Yuri Starkov, Fernando Rojas, Joaquim Balsells y Felipe Martínez-Alcalá

Sin embargo, en la realidad, el NOTES transcolónico o el NOTES transrectal en humanos está restringido a causa de la posibilidad de contaminación fecal y de infección peritoneal. Para evitar este problema se ha desarrollado un balón endocolónico desmontable. Entre los primeros casos realizados en el mundo siguiendo este procedimiento se encuentra el primero que usó un balón desmontable para bloquear el lumen de la cavidad colónica, el primer caso de NOTES transrectal y el primer caso para ERGPP y TRG.

SIMPOSIO: ENDOSCOPIA ENDOLUMINAL Y JOINT VENTURE EUS

En una nueva intervención, Irving Waxman (EE.UU.) trató de los stents metálicos de aplicación de luz (LAMS), una gran innovación en endoscopia gastrointestinal, de su papel en la actualidad y de sus perspectivas futuras. Las intervenciones transluminales con LAMS guiadas por EUS ofrecen una nueva y emocionante plataforma para aplicaciones híbridas y transluminales en el tracto gastrointestinal. La experiencia en técnicas avanzadas de endoscopia (ERCP) es obligatoria. Se trata de una técnica desafiante debido a la falta de accesorios para EUS. En el futuro será necesario diseñar muy bien estudios randomizados antes de que se convierta en una técnica médica estándar convencional.

Dong-Wan Seo (S. Corea) habló de EUS con contraste para lesiones hepáticas. EUS detecta significativamente un gran número de lesiones metastásicas en el hígado. En 8 casos se detectaron lesiones demasiado pequeñas para ser caracterizadas. Se diagnosticaron cuatro lesiones malignas y cuatro que resultaron benignas. CE-EUS para lesiones hepáticas detecta lesiones más sensibles que la especialidad en imágenes para lesiones pequeñas. Con la guía FNA se mejora la adquisición de tejidos y la sensibilidad diagnóstica, la especificidad y la exactitud. La única limitación es una pobre penetración de imágenes armónicas y sólo la detección de lesiones superficiales.



Dong-Wan Seo (S. Korea)



Rajesh Gupta (India)

Rajesh Gupta (India) trató del drenaje biliar guiado por EUS (EUS BD) versus el drenaje biliar por ERCP (ERCP-BD), afirmando que ambos procedimientos tienen una seguridad similar.

EUS BD no es superior a ERCP BD en la obstrucción biliar maligna. EUS BD presenta menos crecimiento tumoral pero más impacto en la alimentación y en la emigración de stents. La proporción de eventos adversos es similar y el resultado del tratamiento, según los estudios EUS BD randomizados, es una alternativa práctica a ERCP para la compresión biliar primaria en el cáncer de páncreas.

La ablación de los tumores pancreáticos guiada por EUS fue el tema abordado por Dong Wan Seo (S. Corea), en su segunda intervención.

Afirmó que la ablación guiada por EUS puede ser efectiva en un selecto grupo de pacientes y ofrece un nivel muy aceptable post procedimiento. Sin embargo, se requiere promover más estudios para aumentar su eficacia y evitar las complicaciones.



Xiang Liu (R.P. China)

Xiang Liu (R.P. China) trató sobre una aproximación intervencionista en la enfermedad de la vesícula biliar, del drenaje guiado por EUS y de los límites que aún existen. Las intervenciones más usuales son la colecistectomía laparoscópica (LC), el drenaje percutáneo transhepático de la vesícula biliar (PTGBD), NOTES, la endoscopia retrógrada con drenaje de la vesícula (ERGBD) y el drenaje de la vesícula biliar guiado por EUS (EUS-GBD).

Los vientos de cambio en el futuro romperán las barreras que aún existen para la cirugía y los cirujanos. Se desarrollarán nuevas ideas, nuevos métodos y nuevos dispositivos y, como consecuencia, las barreras entre especialidades empezarán a desaparecer. Es un proceso que empieza ahora y será una realidad en el futuro.

COFFEE BREAK



Amaya Gantxegui, Joan Dot y Sandra Castro



Yuri Starkov, Marina Ivantcova, José Ramón Armengol-Miró y Seda Dzhantukhanova



Monder Abu Suboh y Jaume Boix



Senol Carilli y Suvranu De



Manuel de la Iglesia, José Ramón Armengol-Miró y Felipe Martínez-Alcalá



Maurizio Zilli, Elena Zucchi y Giuseppe Galloro



Eduardo Segal, Roberto Fogel, Irving Waxman y Jean Escourrou



C. Giménez, G. Alonso, M. de la Iglesia, E. Castillo, M. Frascio, J.R. Armengol-Miró, P. Menchén, S. Rodríguez, J. Boix y E. Rodríguez



Sergey Kashin, Alexei Paulov y Liu Bing-Rong



Michel Diana y Mariano Giménez



Montse Jiménez, Cristina Nadal y Laia Arnal

PRESENTACIÓN DEL CURSO

Reportaje gráfico del acto de presentación del 12.º Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona, celebrado en el restaurante GAIG el domingo 25 de noviembre de 2018. Los doctores Armengol-Miró, Dot y Torres, co-directores del Curso, dieron la bienvenida y explicaron los pormenores del programa científico a los ponentes invitados.



Dong Ki Lee, José Ramón Armengol-Miró y Irving Waxman



Aspecto del cóctel



Alberto Montori, Yuri Starkov, Alexei Paulov, José Ramón Armengol-Miró y Ángeles Bresca



Jean Escourrou, Mohamed El-Khattabi, Dong Ki Lee y Senol Carilli



Liu Dan, Liu Bing-Rong, José Ramón Armengol-Miró, Fan Zhining y Song Ji-Tao



Guillermo Domínguez, Ferrán Solana, Marina Ivantcova y Alexei Balakuyin



Miquel Masachs, Joan Dot, Jordi Armengol y Monder Abu Suboh



Luis C. Sabbag, Campo E. Lindado, Roberto Fogel, Eduardo Segal Y Jesús Ortiz



Milutin Bulajic y señora



Manuel de la Iglesia, Eduardo Rodríguez, Enrique Castillo y Pedro Menchén



A. Torres, Y. Starkov, S. Kantsevov, S. Dzhantukhanova y J.R. Armengol-Miró



Aspecto de la sala



F. Reuter, J. Ardila-Arz, J.R. Armengol-Miró, L. Sosa, A. Hani y C.E. Lindado



José Ramón Armengol-Miró, Ángeles Bresca y Antonio J. Torres



Per Ola-Park, José Ramón Armengol-Miró y Maria Bergström



Denis Gusev, Suvranu De, Emilio de la Morena y Jesús Espinel



Fan Zhining y José Ramón Armengol-Miró



Alberto Baptista, Eduardo Sarriá, Carlos Giménez, Llul Ferrando, Raquel Morán y Amparo Agullón



Li Liu y José Ramón Armengol-Miró



Joan Dot con Louis de Guíau y su esposa



Alexei Paulov y Sergey Kashin



Alexei Balakuyin, Marina Ivantcova, J.R. Armengol-Miró y Lada Shumkina



Carlos Giménez y José Ramón Armengol-Miró



Jesús García Cano, Mariano Giménez y Shunsuke Yamamoto



Jordi Armengol y Antonio González



Carles Gaig y J.R. Armengol-Miró

SIMPOSIO-CENA DE BIENVENIDA

En el Museo CosmoCaixa se celebró la Cena de Bienvenida para los participantes en el 12.º Curso Internacional NOTES-WIDER-BARCELONA. En el transcurso de la misma tuvo lugar un simposio científico presidido por José Ramón Armengol-Miró (España) y Alberto Montori (Italia) y moderado por Dong Ki Lee (S. Corea) y Mariano Giménez (Argentina). Sergey Kantsevov (EE.UU.) disertó sobre “Nuevas ideas para las operaciones endoscópicas” y José Ramón Armengol-Miró presentó una demostración en directo desde Wider-Barcelona a Nanjing (Congreso SGI 2018).

El Simposio-Cena de Bienvenida concluyó con la intervención del señor Ángel Font, director corporativo de Investigación y Estrategia de la Fundación Bancaria «la Caixa», que ratificó el apoyo y compromiso de la institución que representa con el proyecto WIDER-Barcelona; a continuación, cerró el acto el doctor José Ramón Armengol-Miró que, tras agradecer las palabras del señor Font, manifestó su agradecimiento a «la Caixa» y, en especial, a la persona de Isidro Fainé, presidente de la Fundación Bancaria «la Caixa». Finalizó dirigiéndose a todos los asistentes para agradecerles su presencia y participación en el Curso y convocarles para la próxima edición del mismo.



Aspecto de la sala



Mesa presidencial del Simposio: Dong Ki Lee, José Ramón Armengol-Miró, Alberto Montori y Mariano Giménez



Sergey Kantsevov y José Ramón Armengol-Miró, ponentes del Simposio



Joan Maria Pou y Roser Cot



Joaquim Balcells, Antonio González, José Manuel Fort y Jorge Olsina



Fernando Rojas, Francisco Valdovinos, Manuel Morales y Eduardo Piñeiro



Senol Carilli con su esposa, Jean Escourrou y Mohamed El-Khattabi



Elena Zucchi y Nereo Guillermo Salas



Xiang Liu, Chen Weifeng, Xu Mei-Dong y Song Ji-Tao



Leonardo Sosa y Stavros Stavropoulos



Luis C. Sabbagh, Miguel Muñoz Navas, Lucía Marín, Jaume Boix, Ángeles Bresca y Pedro Larrea con su esposa



Lada Shumkina y Seda Dzhantukhanova



M. de la Iglesia, P. Menchén, G. Alonso, E. Castillo, J.C. Salord, F. Pellicer, E. Rodríguez, J. Boix, V. Zanón y G. Bermejo



Maria Bergström, Jorge Arroyo con su esposa, Rajesh Gupta, Suvranu De, Mohamed Al Haddad y Per Ola-Park



Nutrida representación de endoscopistas mexicanos: F. Valdovinos, E. Piñeiro, L. De Guiau, N.G. Salas, F. Rojas con sus esposas



Jean Escourrou, Mohamed El-Khattabi y Emilio de la Morena



Aspecto de la sala



Isabel Gregorio, Ramón Martori y Lluís Bracons



Beatriz Búrdalo y Sarbelio Rodríguez



Felipe Martínez-Alcalá, su esposa y Álvaro Martínez Alcalá



Michel Diana y Leonardo Sosa



Kiyokazu Nakajima, Elena Zucchi, Joseppe Galloro, Santi Mangiafico y Alberto Ferreres



Dong Ki Lee y Mariano Giménez



Isabel Bocinov y Manel Armengol



Eduardo Rodríguez y Jaume Boix



Jordi Armengol, Ana Benages y Monder Abu Suboh



Suvranu De, Rajesh Gupta y Mohamad Al Haddad



Mercedes Mayoral y Josep M.ª Torres



Miguel Muñoz Navas y Lucía Marín



Seda Dzhantukhanova , Yuri Starkov y Alexei Balakuyin



Elena Zucchi, Giuseppe Galloro y su esposa, Santi Mangiafico y Alberto Ferreres



Ferrán Solana, José Ramón Armengol-Miró y Guillermo Domínguez



Joan Dot e Isabel Bocinov



Ángel Font en su discurso de clausura



Raquel Morán, José Ramón Armengol-Miró, Ángeles Bresca y Carlos Giménez



José Ramón Armengol-Miró en un momento de su intervención al final de la cena



Enrique Castillo, José Carlos Salord y Francisco Pellicer



Ángel Font y José Ramón Armengol-Miró

Segunda jornada. Martes

NOTES CLÍNICO

SESIÓN 3 MESA DE NOTES CLÍNICO

Conferencia magistral

Mariano Giménez (Argentina) inició la sesión hablando de la redefinición del futuro de la cirugía y de los nuevos sistemas de navegación en la cirugía abdominal. Dijo que se ha dado un paso más en la evolución de la cirugía con los nuevos sistemas de navegación robótica, los nuevos métodos diagnósticos para detectar tumores muy pequeños, los nuevos instrumentos y las nuevas tecnologías. Ahora se puede operar a través de la imagen. Se pueden localizar mejor los objetivos. El uso de robots permite una planificación de la intervención y un control inmediato de los resultados. Se dispone de cirugía abierta, cirugía mínimamente invasiva y cirugía por imágenes y de nuevas técnicas quirúrgicas como ablación percutánea o resección laparoscópica. La radiofrecuencia permite obtener excelentes imágenes y operar el segmento exacto que se requiere. Giménez finalizó parafraseando a Darwin diciendo que ahora se dispone de la mejor tecnología porque es la que mejor se adapta a las necesidades actuales.



Mariano Giménez (Argentina)



Zacharias Tsiamoulos (Reino Unido)

Zacharias Tsiamoulos (Reino Unido) habló de nuevas tecnologías para la disección submucosa (SDI) como la identificación automatizada de pólipos usando un endoscopio. Los procedimientos de resección pueden usar una plataforma endoscópica libre o una plataforma quirúrgica asistida. Los problemas para ESD contemplan la necesidad de un perfil de seguridad, de nuevos dispositivos y técnicas y de que el tiempo del procedimiento sea inferior a 2 horas con sedación. Asimismo, una aproximación a las técnicas submucosas ahora es la tunelización y, en cuanto a la curva de aprendizaje, se requiere un mentor de entrenamiento.

Ante la pregunta, ¿dónde se encuentra ahora la cirugía mínimamente invasiva y hacia dónde va?, Tsiamoulos dijo que la revolución laparoscópica es particularmente importante por que por primera vez, la cirugía ya no implica un contacto físico entre las manos del cirujano y el paciente, aunque añadió que esperaba que eso no condujera a una total ausencia de relaciones humanas en las intervenciones quirúrgicas.



Alberto Ferreres (Argentina)

Alberto Ferreres (Argentina) trató del pasado, presente y futuro de la cirugía mínimamente invasiva diciendo que hoy hay que considerar las decisiones quirúrgicas valorando la evidencia, la experiencia y la intuición. Recordó las primeras intervenciones por orificios naturales como una apendectomía por vía vaginal o una apendectomía laparoscópica.

Los objetivos de la cirugía mínimamente invasiva son causar menos dolor, menos cicatrices y una recuperación más rápida. La cirugía robótica permite limitar el número de incisiones si bien necesita un aprendizaje y una buena formación del cirujano. Hay que calcular su coste-efectividad y cómo beneficia al paciente. En el futuro, señaló Ferreres, las tecnologías se apoyarán y se basarán en gran parte en los nuevos dispositivos.



Michel Diana (Francia)

Michel Diana (Francia) habló sobre la cirugía guiada por imagen y dijo que la innovación ahora es que el cirujano mira sobre todo hacia la precisión quirúrgica. Se está inventando el futuro de la cirugía a través de una guía para aumentar la realidad intraoperatoria. Enumeró muchos ejemplos como: la cirugía guiada por imagen óptica, la perfusión anastomótica, la triangulación endoluminal y el reconocimiento automático de tejidos y afirmó que el mayor cambio lo constituyen los robots.



Mesa de NOTES Clínico: Alberto Montori, Marco Frascio y Alberto Ferreres



Guillermo Domínguez (Argentina)

Guillermo Domínguez (Argentina) expuso su visión sobre sus 12 años de experiencia con imanes diciendo que se están usando para toda clase de cirugías, ya que pueden utilizarse tanto como complemento de la cirugía laparoscópica como en la reducción esplenopancreática. Los imanes reducen riesgos y complicaciones y en laparoscopia también reducen puertos. Asimismo pueden usarse en minilaparoscopia –retracción hepática con imanes– y permiten reducir costos también.

En la hernia inguinal el imán puede ayudar al cirujano, ya que permite disponer de una pinza más en la cavidad del saco. También se puede hablar de sutura laparoscópica asistida por imanes con la ventaja de que el imán permite suturar con una sola mano.

En cirugía pediátrica son útiles también y en estética superan a todos los procedimientos. Mejoran la ergonomía y cada vez son más los cirujanos que adoptan esta tecnología y cada vez son menos las contraindicaciones. Permiten reducir el número de asistentes y disminuyen el error médico. Domínguez concluyó diciendo que al imán se le puede calificar como “el arte de lo invisible” porque realiza su trabajo y luego desaparece.

Alberto Montori (Italia) ofreció la visión del cirujano sobre la disección colorectal endoscópica de la submucosa (ESD) y la resección colorrectal endoscópica de la mucosa (EMR) en las lesiones no polipoides. Señaló que en la ESD son frecuentes las complicaciones como: perforaciones, sangrado y perforaciones postoperatorias. Hay que tener en cuenta que el colon y la pared rectal son mucho más delgados que la pared esofágica y la pared gástrica.

Algo necesario de tener en mente es que a menudo el sangrado es inevitable durante la ESD y la EMR, por lo tanto hay que prepararse para esta contingencia y saber manejarla. Asimismo, hay que saber usar la diatermia. Las pinzas hemostáticas de coagulación también son muy útiles. En la EMR lo mejor es usar trampa de monofilamento para eliminar todas las lesiones colorrectales. En la ESD, la curva de aprendizaje es esencial.



Alberto Montori (Italia)

Senol Carilli (Turquía) propuso encontrar una respuesta al interrogante de si ICG puede aportar un beneficio real en la colecistectomía laparoscópica y sugirió diversas estrategias para una colecistectomía segura. Recomendó usar el método CVS (vista crítica de seguridad) para la identificación del conducto cístico y la arteria cística durante la colecistectomía laparoscópica, considerar el tiempo intraoperatorio durante la colecistectomía laparoscópica antes de cortar, recortar o transectar la estructura de cualquier conducto, entender el potencial de una anatomía aberrante en todos los casos, hacer un uso liberal de la colangiografía o cualquier otro método de imagen para el árbol biliar intraoperatoriamente, reconocer cuando la disección se está aproximando a una zona de riesgo y detenerla antes de entrar en dicha zona, terminar la operación con cualquier otro método seguro si las condiciones entorno a la vesícula biliar también son peligrosas y buscar la ayuda de otro cirujano cuando la detección del problema o las condiciones presenten dificultades. Existen controversias sobre ICG en cuanto a los factores farmacocinéticos, como la dosificación, el tiempo y la vía de administración y, en cuanto a factores de los pacientes, como el nivel de proteínas en sangre, las funciones hepáticas, la obesidad y la inflamación.



Senol Carilli (Turquía)

Carill concluyó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo WL y el grupo NIRF. La imagen por NIRF disminuye la misidentificación de la anatomía biliar sin necesidad de técnicas adicionales, la imagen por NIRF acorta el tiempo de la cirugía, pero es menos efectiva en la colescitis aguda y también cuando las estructuras biliares están envueltas por una espesa capa de tejido adiposo aunque no se trate exactamente de obesidad. Más que la obesidad es importante cómo está distribuido el tejido adiposo.



Santi Mangiafico (Italia)

Santi Mangiafico (Italia) habló del tratamiento endoscópico de las complicaciones post quirúrgicas del tracto superior gastrointestinal como fugas benignas, fístulas y perforaciones. Para dicho tratamiento se considera positiva la colocación temporal de stents. No se recomienda un tipo específico de éstos y la duración del tiempo de colocación de los mismos debe ser individualizada.

Antes del tratamiento endoscópico puede ser útil un esofagograma, una sedación analgésica y una cuidadosa selección de los stents, sean cubiertos, descubiertos o de plástico. La tasa general de éxito inmediato para la paliación y curación sin cirugía es aproximadamente del 90%. Las fugas y fistulas pueden ser manejadas con efectividad con stents metálicos autoexpandibles (SEMS) como primera modalidad o SEMS completamente cubiertos desmontables, todos con el adecuado drenaje de la cavidad torácica. Si hay dificultades para manejarlos se puede usar forceps y APC. Los stents autoexpandibles de plástico (SEPS) también pueden tenerse en cuenta en el tratamiento de las fistulas esofágicas. Hay que conseguir buenos estudios randomizados para resolver todos los problemas que se presenten para lo cual debe existir una estrecha colaboración entre endoscopistas y cirujanos y llegar a la mejor técnica para lograr un cierre endoluminal seguro.



Eloy Espín (Barcelona)

La exéresis completa del mesocolon (CME) en el cáncer de colon fue el tema abordado por Eloy Espín (España). El primer objetivo de este procedimiento es eliminar el colon afectado y su suministro linfvascular accesorio mediante la resección del colon y el mesocolon en la envoltura intacta del peritoneo visceral que contiene ganglios linfáticos que pueden estar afectados. Tradicionalmente se había empleado la cirugía abierta –laparotomía– para la CME. Actualmente la cirugía laparoscópica ofrece beneficios asociados y resultados oncológicos similares. La resección total del mesocolon con ligadura vascular central por vía laparoscópica tiene hoy una tasa de supervivencia del 80% a los 5 años.

SESIÓN 4
NOTES EN LATINOAMÉRICA

Luis Carlos Sabbagh (Colombia) inició la sesión hablando de las nuevas fronteras de la ultrasonografía endoscópica (EUS). Los puntos clave son: el conocimiento que hoy se tiene de los procedimientos EUS-NOTES, los resultados técnicos y clínicos y las nuevas técnicas y dispositivos. Las intervenciones guiadas por EUS transluminal pueden ser el tratamiento de colecciones pancreáticas, pseudoquistes pancreáticos, la necrosis de la pared (WON), el drenaje biliar y pancreático guiado por EUS, el drenaje de la vesícula biliar guiado por EUS y la anastomosis guiada por EUS. Las complicaciones van del 10 al 21%. Pueden ser: sangrado, neumoperitoneo, embolismo aéreo, pseudoaneurisma, oclusión del conducto con infección y emigración de los stents. La eficacia acumulativa de EUSBD es del 90%. La tasa acumulativa de episodios adversos es de un 17%. La aproximación extrahepática apareció significativamente segura comparada con la intrahepática. La ablación por radiofrecuencia (RFA) es una técnica que produce hipertermia tisular y necrosis coagulativa.

En 2015 un estudio con 6 pacientes con neoplasma cístico mostró una completa resolución en 2 de ellos y en los otros un 48,4% de reducción del tamaño de la lesión. En resumen, la ultrasonografía endoscópica tiene una alta tasa de éxitos y buenos resultados. La tasa de complicaciones es variable. Hay que familiarizarse con la técnica y estudiar técnicas nuevas.



Luis Carlos Sabbagh (Colombia)



Albis Hani (Colombia)

Albis Hani (Colombia) trató de la miotomía endoscópica por vía oral (POEM) más allá de la acalasia y la gastroparesia. La doctora Hani empezó por hablar de la morfología de la unión gastroesofágica (UGE) que puede ser de tres tipos: no discernible, mínima y separada y también de las alteraciones asociadas hipercontráctiles como: espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil, contracciones y mal típico de alta amplitud esofágica distal con duración de la contracción prolongada. La obstrucción de flujo de la UGE puede ser mecánica (estenosis, hernia hiatal, esofagitis) o funcional (fenotipos de acalasia). Los síntomas son: disfagia esofágica, pirosis y regurgitación. A veces no se puede encontrar la causa de la obstrucción pero es un problema muy serio que ha de ser tratado. Para adquirir experiencia en POEM es preciso practicar frecuentemente con animales. POEM es efectiva, es interesante por el coste y muestra una evidencia positiva respecto a su uso. POEM reduce la ganancia de peso y también funciona para trastornos espásticos del esófago. Será necesario realizar más estudios prospectivos.

Roberto Fogel (EE.UU.-Venezuela) habló del tratamiento endoscópico de la obesidad. La cirugía bariátrica es muy efectiva para perder peso con un 50% de reducción a los dos años del procedimiento. Sin embargo puede haber complicaciones y es preciso que el gastroenterólogo esté familiarizado con la anatomía bariátrica quirúrgica. Por otra parte hay una serie de tratamientos endoscópicos de la obesidad que obtienen buenos resultados. Fogel se refirió al uso de magnetos (imanes de alta potencia) como el magneto couplin que además han demostrado unas cualidades insospechadas al resultar muy efectivos a la hora de tratar la diabetes.

En lo casos de diabetes se utilizan magnetos de intensidad media para regular el nivel de pH del organismo. En la diabetes mellitus se pueden corregir ciertas disfunciones hormonales y mejorar la condición de los pacientes hasta el punto de que se consigue eliminar la medicación.

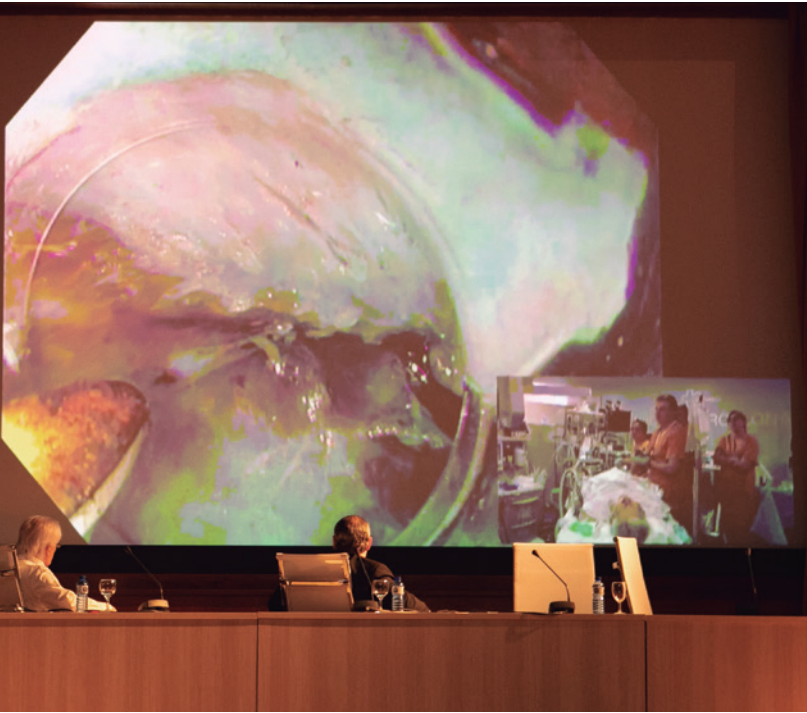


Roberto Fogel (EE.UU.-Venezuela)



Pedro Larrea (Perú)

Pedro Larrea (Perú) ofreció una visión de la coledocolitiasis en los Andes peruanos. Según explicó, allí se da el caso de cálculos tan grandes que no se pueden destruir. Un cálculo coledoco gigante es el que tiene un diámetro superior a 2 cm. En los cálculos de difícil extracción se puede usar el litotriptor mecánico o el láser. El tratamiento endoscópico es efectivo en el 73% de los pacientes con una tasa de complicaciones del 8%. La coledocolitiasis es la primera causa de obstrucción biliar en los Andes y está asociada a parasitosis. Aún no existen investigaciones de las características de los cálculos ni de su forma de prevención. Hay un patrón común en un promedio de 3 a 4 años de tiempo de la enfermedad, como ingesta de alimentos sin limpieza adecuada, consumo de leche no pasteurizada y otros.



Retransmisión en directo de una colonoscopia a cargo del doctor Zacharias Tsiamoulos

La eosinofilia no se presentó en todos los casos. La papilotomía endoscópica es un factor predisponente para la parasitosis biliar.

LECTURAS ESPECIALES

Los factores de riesgo de sangrado después de la resección endoscópica de un pólipo en el colon fue el tema tratado por Sarbelio Rodríguez (España). La eliminación endoscópica de adenomas para la prevención del cáncer colorrectal es un tratamiento óptimo porque es mínimamente invasivo y tiene una baja tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento. La incidencia esperada de PPB oscila entre 0,1% y 0,6%. Una tasa mayor del 1% en una práctica debe incitar a una revisión de la técnica endoscópica. El problema de sangrado puede ser intraprocedimiento o inmediatamente después, dentro de las 24 horas posteriores a la EMR. La incidencia global de hemorragia tardía es del 3,7%.



Sarbelio Rodríguez (Madrid)

El sangrado requiere tratamiento endoscópico e ingreso hospitalario. Cuanto mayor es el pólipo mayor es el riesgo de hemorragia tardía que es la más importante. También un importante factor de riesgo es la anticoagulación. Los riesgos cardiovasculares asociados a la interrupción del tratamiento con agentes antiplaquetarios pueden ser altos, especialmente en pacientes con historia previa de enfermedad coronaria. Los riesgos cardiovasculares de interrumpir esos tratamientos incluyen complicaciones graves como infarto de miocardio e incluso muerte. Asimismo, la interrupción del tratamiento para colocar un stent se asocia a una alta tasa de episodios cardiovasculares. Los problemas que se plantean son: cuándo hacer una colonoscopia, cuándo volver a los anticoagulantes y qué dosis es la mejor.

Cuando existe el problema del sangrado sólo un 50% de pacientes requieren una transfusión de sangre. El manejo de estos casos ha de ser como el de todos los demás casos de sangrado. Ni los clips ni la hemostasis ni la epinefrina son eficaces. Se puede volver a los esclerosantes pero no hay que olvidar que tienen efectos adversos.



Marina Ivantcova (Rusia)

Marina Ivantcova (Rusia) habló de los riesgos en el manejo de la endoscopia señalando que el riesgo es una idea global aplicada a muchas áreas en diferentes actividades humanas: sociales, legales, económicas, administrativas, políticas, gubernamentales, técnicas, operativas, personales, etc. El riesgo está unido al acto médico. Hay un riesgo para el paciente, un riesgo técnico y un riesgo personal.

Un riesgo importante es la infección que debe ser prevenida mediante un asesoramiento competente, guías adecuadas, inspecciones, un entrenamiento suficiente y métodos avanzados de intervención. Los riesgos de la técnica endoscópica comprenden el reprocesado de los endoscopios (reprocesado manual o automático), reprocesado químico para limpiar los endoscopios, un riesgo para el personal y un riesgo en el manejo del endoscopio. Son esenciales las guías adecuadas, prácticas frecuentes, contar con un líder cualificado y un equipo perfecto y, principalmente, comprometerse con el progreso.

SESIÓN 5
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA
ENDOLUMINAL



Rastilav Hustak (Rep. Checa)

Rastilav Hustak (República Checa) inició esta sesión hablando del tratamiento endoscópico de la gastroparesia. La gastroparesia (GP) se define como el vaciamiento gástrico tardío (GE) con síntomas asociados en ausencia de obstrucción mecánica. Los síntomas cardinales son: dolor abdominal superior, plenitud postprandial, hinchazón, saciedad temprana, náusea y vómito. Con el aumento de la incidencia los síntomas son más severos. El procedimiento puede presentar complicaciones como necesidad de otros clips, sangrado retardado o retirada errónea de PPB.

Rastilav Hustak continuó diciendo que en caso de cierre problemático de la mucosotomía con clips se puede usar un sistema de sutura endoscópica o neumoperitoneo. Dado el bajo número de pacientes que sufren gastroparesia, G-POEM aparece como un prometedor método submucoso mínimamente invasivo para pacientes con gastroparesia refractaria. Tiene una escasa tasa de complicaciones, aún bajo investigación, que debería estar de preferencia dentro de los ensayos clínicos (estudios simulados). También es necesaria una mejor comprensión de la fisiopatología gástrica.

Bing-Rong Liu (R.P. China), en una nueva intervención, trató de la fenestración gástrica endoscópica de los grandes pseudoquistes pancreáticos. Los pseudoquistes pancreáticos con doble fenestración aparecen como un repetino dolor abdominal superior sin causa aparente durante más de un mes. Es un dolor que puede ser tolerado pero cuando se produce bajo el xifoides el proceso es más serio e interviene en actividades cotidianas y va asociado a fiebre hasta de 40 grados con vómitos del contenido gástrico, sin otros síntomas. Se puede tratar mediante quiste-gastrostomía endoscópica. Si el drenaje es efectivo el quiste se comprime rápidamente. Cuando el quiste es grande y existe riesgo de sangrado puede ser recomendable la fenestración para un drenaje efectivo de mayor duración sin riesgo de infección.



Zuzana Rabekova (Rep. Checa)

Los efectos de POEM a largo plazo fue el tema abordado por Zuzana Rabekova (República Checa). La miotomía endoscópica por vía oral ha enmendado el espectro del efecto de la acalasia con un éxito sostenido del tratamiento de un 90%, con una ligera disminución del 83% a los 4 años de realizado el procedimiento. La tasa de reflujo después de POEM se detecta aproximadamente en un 40% de casos. A pesar de que POEM se considera en general un método seguro, hay que considerar siempre la posibilidad de que ocurran episodios adversos como el enfisema subcutáneo. Las complicaciones más severas pueden llegar hasta la parada cardíaca.

Leonardo Sosa (Venezuela) presentó un video acerca de NOTES de páncreas asistido por ultrasonografía endoscópica (EUS).



Leonardo Sosa (Venezuela)

Denis Gusev (Rusia) trató de la colocación de un stent biliar después de una resección gástrica. Declaró que se trata de un procedimiento difícil asociado con un alto riesgo de complicaciones como perforación peritoneal o sangrado. Se debe realizar una ERCP con la vista lateral del endoscopio como tratamiento de segunda elección en caso de fallo. La canulación mediante catéter ERCP recto es un procedimiento estándar. En ocasiones se debe hacer una papiloesfinterectomía endoscópica (EPST).



Denis Gusev (Rusia)

Dongki Lee (S. Corea) habló del difícil manejo endoscópico en las obstrucciones de la estenosis hilar benigna y maligna. La aproximación endoscópica es la primera elección terapéutica. La seguridad de los pacientes es la principal prioridad. La colaboración con intervención radiológica es obligatoria. En la estenosis hilar maligna y benigna la aproximación endoscópica proporciona beneficios de supervivencia y de buena calidad de vida.



Dongki Lee (S. Korea)

Fernando Rojas (México) presentó un estudio sobre colangioscopia en la patología biliar y pancreática. Se observó a 109 pacientes con estenosis y dilataciones indeterminadas, con biopsias en todos los casos, con un 97% de sensibilidad y 93% de especificidad, VPP en un 90% y VPN en un 98% biopsias con sensibilidad en un 86% y especificidad.



Fernando Rojas (México)

Se concluyó que el procedimiento es de gran utilidad en estenosis y dilataciones indeterminadas. La pancreatoscopia digital debe considerarse en el algoritmo diagnóstico de los trastornos biliares y pancreáticos. En especial, en tumores pancreáticos tipo IPMN. Hay que seleccionar apropiadamente los casos e individualizar las distintas técnicas. Es preciso tener presente que es un procedimiento no exento de complicaciones.

Novedades en la endoscopia del tunel submucoso fue el tema abordado por Ping-Hong Zhou (R.P. China) en el que trató de los mismos procedimientos con diferentes accesos. POEM se ha convertido en una estrategia ampliamente aceptada para el tratamiento de la acalasia esofágica y otros trastornos de la motilidad esofágica durante los últimos 5 años. Su indicación y eficacia a corto plazo han sido exploradas por varias grandes cohortes.

POEM gástrico es eficaz en la estenosis pilórica hipertrofica y en la gastroparesia refractaria. El tamaño de la lesión resecable de STER está limitado por el espacio relativamente estrecho del tunel submucoso. Señaló que él utiliza un método de combinación de STER y EFR para el tratamiento de grandes SMTs del tracto gastrointestinal superior originados en la capa MP.



Ping-Hong Zhou (R.P. China)

Shunsuke Yamamoto (Suecia), en esta ocasión, habló de la disección endoscópica submucosa utilizando un cuchillo tipo tijera para pólipos pedunculados. Existe peligro directo o riesgo de sangrado y fracaso de la resección en bloque. Consideró que para pólipos cortos y gruesos puede ser una alternativa segura.

SESIÓN 7

María Bergström (Suecia), en su segunda intervención en este Curso, versó su nueva ponencia acerca de la pancreatitis severa; dijo que actualmente los modernos métodos mínimamente invasivos han conseguido disminuir la mortalidad. Estos buenos resultados han sido posibles gracias a la evolución endoscópica, incluida la ultrasonografía endoscópica (EUS), a las imágenes de alta calidad del tracto gastrointestinal y a los cuidados intensivos actuales.



Jorge A. Arroyo Vázquez (Suecia)

Jorge A. Arroyo Vázquez (Suecia) explicó el tratamiento de stent o cierre quirúrgico para úlceras duodenales perforadas. Los stents de metal autoexpandibles (SEMS) se clasifican como tratamiento de las perforaciones (roturas). Los métodos y procedimientos son: el cierre quirúrgico realizado con técnicas estándar o laparoscópicas, la colocación de un stent duodenal peroperatorio parcialmente cubierto sobre un alambre guía a través del gastroscopio, el drenaje y los antibióticos.

OBESIDAD Conferencia magistral

Antonio J. Torres García ofreció una conferencia en la que expuso la opinión del cirujano ante el concepto de cirugía metabólica.



Antonio J. Torres (Madrid)

Dijo que la obesidad comporta una plétora de trastornos discretos. Cuando la obesidad es mórbida la consecuencia más negativa es, sin duda, la diabetes mellitus. Por ello, puede decirse que la obesidad es una de las principales cargas sociales generadas por los seres humanos. Se plantea pues la forma de tratarla y surge la cirugía bariátrica que se practica en todo el mundo. La cirugía bariátrica versus la terapia médica intensiva obtiene resultados en el caso de la diabetes. La pregunta es si la cirugía del tracto gastrointestinal en pacientes diabéticos con índice de masa corporal inferior a 35 mejora la diabetes, tal como muestran los datos en animales y en humanos. O es preferible la terapia convencional. Los interrogantes continúan. ¿Existen posible complicaciones que sean específicas para la población no obesa? ¿Cuál sería la operación ideal? ¿Qué criterios deben seguirse para la indicación quirúrgica?

Torres habló de la gastrectomía y la diabetes. En un estudio con 19 pacientes con total o subtotal gastrectomía, 13 con úlcera y 6 con cáncer gástrico, se observó una rápida normalización en 10 de ellos, una mejora sustancial en 9 y una remisión duradera y una mejora en 5 años. Se mantiene el interrogante. ¿La cirugía de GI en pacientes diabéticos con índice de masa corporal inferior a 35 es preferible a la terapia convencional? Torres se muestra esperanzado. La cirugía metabólica proporciona un control duradero y seguro en cuestión de días, la mortalidad disminuye en un 80% y se observa la remisión de enfermedades asociadas (diabetes, hipertensión, fallo renal, dislipidemias, etc.), se previene el cáncer en más de un 70%, probablemente reduce el costo de los gastos clínicos y proporciona a los médicos un fuerte aumento en la comprensión de la enfermedad. Esta esperanza no enturbia la objetividad de Antonio Torres que se pregunta si realmente esto es así. Si la cirugía es tan efectiva, ¿por qué menos de un 1% de los pacientes recibe este tratamiento? ¿Por qué a más de un 99% se les niega el acceso? ¿Puede la historia ayudar a proporcionar una respuesta?

¿Qué nos espera en el futuro? La sabia respuesta la encuentra en un proverbio: "Si puedes mirar en la semilla del tiempo y decir qué grano crecerá en ella y cuál no, entonces dímelo".



Santiago Horgan (EE.UU.)

Santiago Horgan (EE.UU.) habló de cirugía bariátrica endoscópica en el tratamiento de la obesidad: el estudio STAMPEDE, cirugía bariátrica versus la terapia medica intensiva en pacientes obesos con diabetes, muestra que el tratamiento quirúrgico y las medicaciones erradican potencialmente la diabetes con eficacia. Es un estudio randomizado que tuvo como objetivo primario comprobar que la hemoglobina glicosilada era igual o inferior a los 6 o a las 12 meses. El objetivo secundario fue comprobar las complicaciones: glicemia, insulinemia, lípidos e hipertensión.

Alberto Baptista (Venezuela) trató de la cirugía bariátrica y el papel del endoscopista así como de complicaciones como: sangrado, estenosis, fugas y fistulas, erosión y laceración. La eficacia de las opciones endoscópicas es técnicamente compleja. Para fugas tempranas agudas relacionadas con colecciones de líquido peritoneal se recomienda el drenaje endoscópico peroral (EPOD).

Otros pasos son el anclaje de atadura proximal o Valentx, terapia de derivación endoluminal sin intervención quirúrgica a través de un abordaje endoscópico. La endoscopia terapéutica es segura y efectiva para el sangrado temprano después de cirugía bariátrica. Puede ser reanimación, intervención endoscópica temprana, GY anastomosis, epinefrina o clips.



Alberto Baptista (Venezuela)

El nuevo tema abordado por Liu Bing-Rong (R.P. China) fue la ablación endoscópica de la mucosa gástrica para generar una pérdida de peso. La ablación endoscópica sigue los principios del bypass gástrico. La mucosa gástrica es un órgano endocrino que regula la sensación de saciedad. Para desarrollar una técnica mínimamente invasiva para perder peso, la ablación es efectiva ex vivo con la intención de conseguir una desvitalización selectiva de la mucosa.

Ramón Vilallonga (Barcelona) trató de la cirugía metabólica en la actualidad. La cirugía metabólica aplica las técnicas quirúrgicas utilizadas en la cirugía bariátrica a pacientes con diabetes tipo II que no logran alcanzar los niveles de azúcar a pesar de seguir un correcto tratamiento médico. Se ha consolidado como el tratamiento más efectivo a largo plazo para pacientes con obesidad y DM2.

Los efectos de la cirugía metabólica activan mecanismos metabólicos independientes de la obesidad, por ello se considera que insistir en terapias médicas puede retrasar o empeorar las condiciones del paciente.



Ramón Vilallonga (Barcelona)

Seda Dzhantukhanova (Rusia) cerró la sesión dedicada a la obesidad hablando, en su segunda intervención, del estado actual de la endoscopia bariátrica y metabólica.

En lo que se refiere a las tendencias más recientes en endoscopia bariátrica, a las futuras técnicas bariátricas y a los procedimientos metabólicos, Seda Dzhantukhanova señaló la gastroduodenoyunotmía, el bypass de manga, el rejuvenecimiento de la mucosa duodenal, el procedimiento endoscópico de la manga de derivación y la gastroestimulación (GES) para perder peso.

Con esta última ponencia se clausuró el 12º Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona que convocó a un gran número de figuras nacionales e internacionales entre cirujanos y endoscopistas, así como a diversos especialistas interesados en los temas presentados que siguieron con gran interés todas las ponencias y las posteriores preguntas y respuestas que estas suscitaron.

El 13º Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona se celebrará los próximos días 25 y 26 de noviembre de 2019.



RETRANSMISIONES EN DIRECTO DESDE QUIRÓFANOS



Sergey Kantsevov y Miquel Masachs



Stavros Stavropoulos y Joan Dot



Liu Bing-Rong



Zacharias Tsiamoulos



Ping-Hong Zhou



ENTREVISTA

Doctor

José Ramón Armengol-Miró

Director de WIDER-Barcelona.

Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

Codirector del 12.º International NOTES WIDER-Barcelona

«El robot FENO es un gran avance, una gran incorporación a nuestro servicio, que me causa una satisfacción tremenda»

El doctor Armengol-Miró, nos cuenta en esta entrevista el estado actual de la ampliación del servicio de endoscopia digestiva del Hospital Universitario Vall d'Hebron y de las mejoras que se le van a incorporar.

Desde hace muchos años mi obsesión ha sido tener un instrumento de alta definición que permitiera las máximas posibilidades de visualización mediante radiología de todos los espacios gastroenterológicos. Esto iba unido a la idea de una ampliación de nuestro servicio, con la creación de una sala multifuncional que permitiera la aplicación de otras técnicas durante los procedimientos endoscópicos, es decir, una sala donde pudieran intervenir al mismo tiempo que el endoscopista, un cirujano u otro tipo de especialistas relacionados con el aparato digestivo.

Aunque este proyecto lo vimos muy claro desde hace años, ha sido el conocimiento de instrumentos radiológicos que permiten las tres dimensiones en tiempo real, aparatos de radiología convencional combinada con escáner, (como son los de Phillips o de Siemens), lo que ha hecho que estudiáramos la posibilidad de realizar estas técnicas en nuestro servicio de endoscopia digestiva, teniendo toda una planta para ello y con una sala de unos 100 metros cuadrados de superficie para colocar un robot, que obtiene imágenes en tres dimensiones en pantalla, combinadas con la imagen endoscópica y la situación de la punta del endoscopio, con la posibilidad de ver lo que está ocurriendo fuera, gracias al robot radiológico.

Tras una serie de problemas de desarrollo, finalmente el proyecto se inició el año pasado, gracias a la colaboración de "la Caixa", y a los esfuerzos del Hospital Vall d'Hebron,

que nos ha facilitado una superficie que dobla la anterior y que es prolongación del servicio actual, donde ubicaremos próximamente, un robot Siemens de alta tecnología, que se llama FENO. Un aparato que, no solamente permite ver el plano radiológico para la obtención de una colangiografía o una pancreatografía, o una inspección esofágica o de colon, si no, que por ejemplo, si estamos realizando un examen esofágico, en el que vemos que hay una tumoración submucosa, tenemos la opción de utilizar la ecoendoscopia en el mismo instante que estamos realizando la endoscopia, para ver la prolongación hacia el mediastino de esta masa, tumor, adenopatía, o patología mediastínica, o pulmonar, o una alteración cardíaca, que puede comprimir el esófago.

Mediante el robot FENO, podemos obtener imágenes en tres dimensiones en tiempo real, que se ejecutan en cada momento que

hacemos una nueva endoscopia, tiene un sistema de software que permite la obtención de estas imágenes, y podremos trabajar sobre las mismas con un control absoluto, mediante la utilización de un sistema de punción guiado por láser, es decir, de punto de salida y punto de entrada, o punto de encuentro con el tumor o con la masa. Por ejemplo, un conducto a drenar, mediante este sistema de láser guiado, nos permitirá hacer lo mismo que a los cirujanos vasculares o a los radiólogos intervencionistas, pinchar desde fuera por vía transhepática el objetivo a biopsiar, destruir o simplemente drenar.

Estoy convencido de que FENO es un gran avance, una gran incorporación a nuestro servicio, un instrumento genial que me causa una satisfacción tremenda. Llevo muchos años trabajando con imágenes radiológicas estáticas, como es la ERCP, en la que hemos obtenido grandes logros, junto con la ecoendoscopia, y ahora tenemos la posibilidad de trabajar en trío.

Lo que ha sido un sueño, una quimera desde hace muchos años, ahora la estamos haciendo realidad gracias al convenio que la "la Caixa" tiene con la Generalitat de Catalunya, lo que prolonga el proyecto WIDER-Barcelona, que inicialmente fue de seis años, que se ampliaron a diez, y que ahora serán otros seis años más de colaboración y patrocinio. Siempre estaremos eternamente agradecidos a "la Caixa" y especialmente al presidente de su Fundación, el señor Isidre Fainé, gran amigo, que ha entendido y me ha ayudado a desarrollar mis ideas todos estos años.



ENTREVISTA

Doctor

Joan Dot Bach

Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

Codirector del 12.º International NOTES WIDER-Barcelona

«El nuevo sistema de disección bipolar mediante radiofrecuencia y coagulación mediante microondas facilita mucho la ejecución de la disección»

¿Ha habido cambios significativos en este Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona respecto a la edición anterior?

Este año, tal como señaló el doctor Armengol-Miró en la conferencia inaugural, es una continuación del anterior. El programa es casi el mismo, contamos prácticamente con los mismos expertos o ponentes, pero cada año van presentando la evolución de sus investigaciones.

Seguimos focalizándonos en el ámbito NOTES en la endoscopia terapéutica y sobre todo en la disección submucosa de pólipos grandes o de lesiones submucosas y en la técnica POEM o miotomía endoscópica peroral para el tratamiento de la acalasia.

Contamos con los grandes expertos mundiales en estas técnicas, como el Dr. Sergey Kantsevov que ha presentado un sobretubo que facilita hacer la disección submucosa de todo tipo de lesiones en el colon.

Las técnicas de disección submucosa siguen acaparando gran atención.

Sí, se ha presentado este estabilizador del colon y también un sistema de disección con radiofrecuencia y el uso de una sonda, de un disector bipolar. Este sistema de disección bipolar mediante radiofrecuencia y coagulación mediante microondas constituye una novedad, pues siempre trabajamos en coagulación y corte monopolar. Este procedimiento facilita mucho la ejecución de la disección.

Además, hemos visto varios casos de este tipo de procedimiento en directo.

Esta es otra de las excelentes oportunidades que ofrece este curso; el poder ver un buen número de procedimientos en directo realizados por los más expertos en cada área.

La construcción del quirófano multidisciplinar del Hospital Vall d'Hebron tiene ya fecha. ¿Cómo van los preparativos?

Efectivamente, por fin se va a estrenar el año viene el quirófano híbrido o multidisciplinar. Tenemos ya el presupuesto aprobado y estamos ya ultimando los detalles. Las obras van a salir próximamente a concurso. Haremos una ampliación del Servicio de Endoscopia.

Básicamente no será una sala de endoscopia sino una gran sala que será un quirófano híbrido en el cual podrán venir a trabajar otros especialistas del hospital. Ya sean del campo de la radiología intervencionista, de la hemodinámica cardíaca e incluso de la radiología neurovascular. Queremos incorporar un robot que nos permitirá obtener reconstrucciones en 3D a tiempo real. Ello implica que cuando tengamos el endoscopio dentro del paciente podremos ver dónde estamos y nuestra relación con los órganos alrededor del endoscopio.

A este gran proyecto se le denomina quirófano híbrido o quirófano multidisciplinar porque podemos interactuar entre diferentes especialidades de la medicina.



ENTREVISTA

Doctor
Antonio José Torres García

Jefe del Servicio de Cirugía 2 y Cirugía Torácica. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid
Codirector del 12.º Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona

«La cirugía bariátrica ha pasado a denominarse cirugía bariátrica/metabólica porque al disminuir el peso mejoran las enfermedades asociadas, especialmente la diabetes mellitus tipo 2»

En la conferencia magistral usted se ha centrado en un concepto novedoso, el de cirugía metabólica. ¿A qué hace referencia este tipo de cirugía?

Actualmente, la cirugía bariátrica y la cirugía metabólica no pueden diferenciarse. Cuando intervenimos a los pacientes que están obesos no solamente buscamos un beneficio en la imagen o peso sino que sobre todo perseguimos mejorar las enfermedades asociadas como la hipertensión, la hipercolesterolemia y especialmente la diabetes mellitus tipo 2, que es la más importante y frecuente. Por ello, la cirugía bariátrica ha pasado a denominarse cirugía bariátrica/metabólica.

El obeso es un paciente complicado desde el punto de vista médico. Lo que pretendemos es operarle de la forma menos agresiva posible.

Actualmente, para ello hay métodos no solamente quirúrgicos sino también endoscópicos que mejoran la situación clínica de estos pacientes a la vez que se mantiene la seguridad de todos los procedimientos.

¿Qué avance destacaría de los presentados este año?

Creo que en el desarrollo de las nuevas tecnologías yo destacaría la introducción de la robótica en todos los ámbitos. No solamente del robot quirúrgico, que ayuda a los cirujanos, sino del robot endoscópico que ya está ayudando a los endoscopistas. Esto permite la incorporación de tratamientos multidisciplinarios, obteniendo al mismo tiempo imágenes radiológicas, endoscópicas y quirúrgicas en un mismo paciente.

Esto naturalmente incrementa mucho la eficiencia y la seguridad de los pacientes. Ya hay algunos profesionales en diferentes países que lo están implementando, como el Dr. Mariano Giménez de Argentina o el Dr. Irvin Waxman, entre otros. El Dr. Waxman, por ejemplo, ha hablado en este curso del robot aplicado a la corrección endoscópica.

Usted lleva varios años como codirector de este Curso Internacional. ¿Qué espíritu preside esta reunión?

Este curso, que está ya en su décimo segunda edición, constituye un ejemplo de cómo mantener muchos profesionales (médicos, enfermería, técnicos...) de todas partes del mundo unidos para colaborar en la lucha frente a las enfermedades digestivas y tratarlas de la forma menos agresiva posible.

Siempre pretendemos en esta simbiosis de endoscopistas y cirujanos en el tratamiento se haga con mucha seguridad y de la forma más eficaz para nuestros pacientes.

El paciente deja de pertenecer a los especialistas y todos los especialistas pertenecemos al paciente. El paciente es el foco y los endoscopistas, cirujanos, radiólogos, oncólogos... y en el caso de la obesidad los endocrinólogos, nutricionistas, etc, están focalizados en el paciente.

Este espíritu de unión entre todos los profesionales del mundo es algo que probablemente ahora no se estila pero creo que es un objetivo prioritario que esta reunión ha sabido mantener durante 12 años y esperemos que los mantenga durante muchos más.



ENTREVISTA

Doctor
Irvin Waxman

Profesor de Medicina y Cirugía. Universidad de Chicago. Estados Unidos.
Director del CERT (Center for Endoscopic Research and Therapeutics)

«La tecnología tan única que se utiliza en las prótesis metálicas de aposición tisular (LAMS) está favoreciendo una diversificación de sus indicaciones»

¿La robótica ha llegado ya al ámbito de la endoscopia?

La robótica ya se está desarrollando en el campo de la endoscopia. Esto es muy positivo, pues nos podrá ayudar a normalizar procedimientos que por lo general necesitaban mucha destreza y agilidad. Concretamente, los robots endoscópicos nos ayudarán a estandarizar y sistematizar el procedimiento endoscópico. Estos robots permiten hacer resecciones endoscópicas ya sean lumbinales o translumbinales y al mismo tiempo suturar los defectos en la pared gastrointestinal. Esto es algo que hasta la fecha no podía hacerse endoscópicamente.

¿Cuál es el presente y futuro de las prótesis metálicas de aposición tisular?

Las prótesis metálicas de aposición tisular (LAMS) fueron inicialmente diseñadas para el drenaje transluminal guiado por ultrasonido de colecciones pancreáticas. Pero nos dimos cuenta de que la tecnología tan única que se utiliza en las LAMS nos da la oportunidad no solo de tratar las colecciones císticas sino también de utilizarla en el drenaje de la vesícula y de la vía biliar. Actualmente, el uso de las LAMS se están ampliando considerablemente. Por ejemplo, estas prótesis permiten potencialmente realizar gastroyeyunostomías derivativas. También pueden utilizarse en las estenosis cortas del tracto gastrointestinal. Estas estenosis pueden ser tratadas con estas prótesis, que pueden posteriormente extraerse una vez la estenosis se ha resuelto.

De cara al futuro, las LAMS podrán utilizarse en otras muchas indicaciones, como por ejemplo en la recanalización del esófago tras una resección esofágica. En este ámbito, hay un trabajo muy interesante del Dr. Marc Barthet de Marsella (Francia) que he presentado en este curso.

¿Las prótesis metálicas de aposición tisular tienen entonces el futuro asegurado?

Creo que esta tecnología LAMS ha venido para quedarse. Nos permitirá hacer un sinfín de procedimientos –que actualmente necesitan cirugía– desde el interior del lumen gastrointestinal. Así, en lugar de tener que lidiar con el endoscopio fuera del tracto gastrointestinal que es lo que hace el NOTES, esta tecnología permite hacer el procedimiento desde el interior del tracto gastrointestinal.

Además, la tecnología LAMS facilita al gastroenterólogo la realización de su trabajo.

Su presencia es habitual en este Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona.

Efectivamente, he asistido a varias ediciones. Este curso es el resultado de un esfuerzo monumental realizado por el doctor Armengol-Miró que consigue reunir a expertos de todas partes del mundo para presentar y compartir ideas sobre los últimos avances. Siempre acudo con mucho interés e ilusión porque siempre salgo de ella con un gran bagaje de nuevos conocimientos. En lugar de venir a enseñar, vengo a aprender.



ENTREVISTA

Doctor Sergey Kantsevoy

Director del Centro de Endoscopia Terapéutica.
Institute for Digestive Health and Liver Disease.
Mercy. Baltimore, Maryland (EE.UU.)

«El accesorio DiLumen simplifica y acorta significativamente los procedimientos colonoscópicos»

Usted ha presentado en este curso un nuevo accesorio. ¿En qué consiste?

He presentado la nueva plataforma DiLumen, un posicionador endoscópico intraluminal que facilita la intervención endoscópica. Consiste en una funda flexible que se adapta al colonoscopia. Es un accesorio muy sencillo que permite introducir el endoscopio dentro del colon, hasta el sitio donde está localizada la lesión. El dispositivo tiene dos balones que una vez inflados facilitan la estabilidad del área terapéutica, la tracción y la contra tracción. Este instrumento permite también triangulaciones de tal manera que prácticamente se crean las condiciones similares a las del quirófano, donde los cirujanos hacen tracción, contra tracción.

También se crea un conducto de tal manera que se puede avanzar y retroceder y simplifica la retirada del endoscopio. Así pues, este instrumento es realmente útil para facilitar el procedimiento endoscópico, haciéndolo más sencillo y más rápido. Creo que va a ser un accesorio muy utilizado.

¿Para qué está especialmente indicado?

Puede ser utilizado para la resección endoscópica de lesiones en el colon, en la resección por fragmentos o en bloque en resección endoscópica mucosa (EMR) o disección submucosa (ESD), facilitando significativamente estos procedimientos. También puede utilizarse para la navegación colonoscópica a través de un colon difícil y para enteroscopia o exploración del intestino delgado.

¿Está ya disponible en la práctica clínica?

El DiLumen está ya en el mercado. En Estados Unidos he realizado más de 300 procedimientos en el último año. Ha sido también aprobado por la Unión Europea. Este año han vendido más de 600 dispositivos DiLumen en todo el mundo. Es una técnica muy simple. El accesorio no requiere demasiado montaje ni equipamiento especial y todo el dispositivo viene en una caja.

De nuevo este año, usted realizará algunos procedimientos endoscópicos en directo. ¿Qué casos van a ser?

Una de las intervenciones será la resección de pólipos en el colon, donde mostraré como utilizar este nuevo accesorio DiLumen.

¿Algo a destacar de esta nueva edición?

Estoy muy satisfecho de poder estar de nuevo en el Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona. Yo estoy principalmente interesado en los procedimientos transluminales. Y este año varios expertos, entre ellos de Rusia y de China hablarán de ello. Así que estoy esperando oír estas intervenciones. La principal ventaja de este encuentro es que además de las ponencias se presentan casos clínicos. El Dr. Armengol-Miró ha hecho una recopilación de un buen número de casos difíciles en endoscopia avanzada, que van a constituir una excelente vía para aprender.



ENTREVISTA

Doctor Miguel Muñoz Navas

Director del Servicio de Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra.
Pamplona

«El riesgo de pancreatitis post-CPRE puede disminuirse con dos medidas muy sencillas»

Su ponencia ha tratado sobre la prevención de la pancreatitis aguda después de ERCP. ¿Cuáles son los factores de riesgo?

La pancreatitis aguda es la complicación más frecuente después de realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se presenta en aproximadamente el 3,5% de los casos.

En ocasiones puede ser una complicación bastante grave e incluso, en casos excepcionales, puede llevar a la muerte del paciente.

La pancreatitis post-CPRE se produce más frecuentemente en pacientes con sospecha de disfunción del esfínter de Oddi, pacientes que tienen antecedentes de pancreatitis aguda, en mujeres (especialmente mujeres jóvenes) y en pacientes con bilirrubina normal.

Existen, además, otros factores de riesgo de pancreatitis que están relacionados con la propia técnica. Por ejemplo, cuando se intenta canular durante más de 10 minutos la papila sin conseguirlo, pasar más de una vez la guía por el conducto pancreático o introducir contraste dentro del mismo. También cuando se hace dilatación del esfínter biliar con balón o cuando se realiza una ecoendoscopia intraductal.

Un aspecto importante a considerar es que la suma de más de uno de estos factores aumenta significativamente el riesgo. Por ejemplo, en una mujer con una bilirrubina normal, con sospecha de disfunción del esfínter de Oddi y en la que la canulación ha sido difícil, hay algunos estudios que indican que esta paciente tiene un riesgo de poder padecer una pancreatitis post-CPRE de hasta de un 40%.

¿Se puede prevenir la pancreatitis post-CPRE?

Sí podemos prevenirlas. Para ello hay dos medidas que podemos poner en práctica en todos los pacientes que son, además muy baratas, su coste ronda los 6-7 euros. Consiste en colocar al paciente un suero, especialmente la solución de Ringer Lactato, para hiperhidratarlo. Otra medida muy sencilla consiste en administrarle previamente, durante o inmediatamente después de la exploración un supositorio de indometacina o de diclofenaco.

En caso de que el paciente tenga una contraindicación para cualquiera de los dos antiinflamatorios no esteroideos, además de administrarle la solución de Ringer Lactato, se le administra nitroglicerina sublingual o somatostatina 200 microgramos en bolo intravenoso. Si hay alto riesgo de pancreatitis post-CPRE otra medida que puede ser útil para prevenirla es colocar una prótesis plástica pancreática.

¿Qué aspectos del programa científico de esta edición del Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona le están pareciendo de especial interés?

Son muy interesante las charlas que se han presentado sobre la miotomía endoscópica peroral o POEM. Esta técnica se utiliza para el tratamiento endoscópico de la acalasia pero ahora con pequeñas modificaciones se está utilizando también, para tratar alteraciones motoras del estómago, de dificultad de vaciamiento, y para el tratamiento de tumores submucosos del tubo digestivo. Evidentemente, el POEM va a ir evolucionando y ampliando las posibilidades del tratamiento endoscópico.

También me parecen muy interesantes las intervenciones sobre las técnicas relacionadas con la ecoendoscopia. Por ejemplo, la realización de comunicaciones entre distintas asas del tubo digestivo para evitar la obstrucción que algunos tumores provocan dificultando el vaciamiento gástrico. En nuestro servicio, en pacientes con cáncer avanzado, que presentan obstrucción de diversos tramos del intestino, estamos utilizando estas técnicas para comunicar el estómago o el colon con el intestino delgado. En el futuro el uso de las técnicas relacionadas con la ecoendoscopia se ampliará. Servirán también, por ejemplo, en la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida, para evitar tramos de intestino e impedir así que no se realice la absorción de nutrientes en esas asas intestinales.

Afortunadamente, van surgiendo técnicas nuevas que permiten que la endoscopia pueda utilizarse ahora en campos en los que hace años era insospechable su uso.



ENTREVISTA

Doctor
Dong Wan Seo

Departamento Gastroenterología. Universidad de Ulsan.
Centro Médico Asan. Corea del Sur

«La ecografía endoscópica con contraste permite detectar las lesiones hepáticas pequeñas con una sensibilidad muy elevada»

¿Qué aporta el contraste a la ecografía endoscópica en el diagnóstico de las lesiones hepáticas?

En las lesiones hepáticas podemos también utilizar contraste. Los radiólogos ya lo utilizan en la ecografía transabdominal. Pero hasta ahora, los endoecógrafos apenas lo utilizaban en la ecografía endoscópica. Sin embargo, el contraste en la ecografía endoscópica es también una herramienta muy importante y lo será todavía más en el futuro. El motivo es que aporta una mayor resolución y es especialmente útil en las lesiones hepáticas pequeñas pues permite detectarlas con una sensibilidad muy alta. Creo que la ecografía endoscópica potenciada con contraste será utilizada más ampliamente en un futuro próximo.

¿Puede utilizarse la ecografía endoscópica en la ablación de los tumores pancreáticos?

La ecografía endoscópica se utilizaba tradicionalmente como una modalidad de diagnóstico de imagen pero actualmente se utiliza también para el tratamiento de varias enfermedades. La ablación tumoral guiada por ecografía endoscópica es una de las aplicaciones. Yo creo que esta es un área muy prometedora. Podemos utilizar la ecografía endoscópica para el manejo de varios tipos de tumores. Es posible realizar ablación de quistes guiada por ecografía endoscópica mediante aspiración con aguja fina. También podemos inyectar etanol como agente ablativo y combinarlo con quimioterápicos. En nuestros estudios de cohorte observamos la resolución completa del quiste pancreático a largo plazo en casi el 70% de los casos.

En los pacientes que alcanzaron la resolución completa la tasa de recurrencia fue inferior al 2% en un seguimiento superior a 10 años. Así pues, ofrece unos buenos resultados y una buena tasa de resolución a largo plazo. Comparado con la cirugía fue más seguro y efectivo, sin causar complicaciones serias. Otra área es la ablación de tumores sólidos guiada por ecografía endoscópica. Para ello, actualmente podemos realizar ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía endoscópica. Esta puede utilizarse, por ejemplo, para el tratamiento de tumores pancreáticos neuroendocrinos pequeños o insulinomas.

¿Qué experiencia disponen en este ámbito?

En un estudio de cohorte realizado por nuestro grupo que incluyó 10 pacientes, 7 de ellos alcanzaron la resolución completa del tumor.

El seguimiento fue corto, por tanto es preciso hacer un seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Pero en el momento actual yo creo que la ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía endoscópica puede ser utilizada muy efectivamente y de forma segura en el manejo de tumores pequeños sólidos pancreáticos. También estamos intentando utilizar esta técnica como tratamiento paliativo en tumores pancreáticos avanzados. El cáncer pancreático es muy difícil de superar. La quimioterapia actual fracasa, pues no es capaz de aumentar la tasa de supervivencia a largo plazo. Solo podemos ganar varios meses más de supervivencia. Pero si combinamos la ablación por radiofrecuencia con la quimioterapia yo creo que en el futuro podríamos obtener mejores resultados.



ENTREVISTA

Doctor
Shunsuke Yamamoto

Departamento de Gastroenterología. Hospital Universitario de Sahlgrenska.
Gotemburgo. Suecia

«La resección con técnica DSE disminuye el riesgo de sangrado en los pólipos pediculados de tallo grueso»

Usted es japonés pero está trabajando en un hospital de Suecia...

Yo llegué a Suecia en 2016 con el objetivo principal de enseñar allí la técnica de la disección submucosa endoscópica (DSE). Empezar a hacer DSE colorrectal sin ninguna supervisión es difícil incluso a pesar de haber realizado previamente entrenamiento con modelos animales y formación práctica. Por ello, cuando en Suecia decidieron introducir esta técnica se llegó a un acuerdo para que expertos japoneses pasaran un tiempo en hospitales de este país y pudieran entrenar a otros especialistas. Esta colaboración es el motivo de mi estancia en Suecia.

¿Por qué motivo en Japón disponen de más experiencia en DSE que en Europa?

A diferencia de lo que ocurre en Japón, en Europa y en los países occidentales es difícil iniciarse en la técnica de DSE. El motivo es que en Japón tenemos mucho cáncer gástrico, que es el punto de partida para aprender la DSE, para el entrenamiento de los principiantes. Pero en los países occidentales hay muy pocos casos de cáncer gástrico y por tanto tienen que empezar a entrenarse con lesiones colorrectales, cuyo manejo con DSE es mucho más difícil que el cáncer gástrico. Habitualmente inician sus primeros casos en humanos tras entrenarse en modelos animales pero aún así es difícil. Si los especialistas pueden disponer de la ayuda de un mentor japonés pueden empezar a hacer DSE como nosotros lo hacemos en Japón.

De esta manera, es más seguro para el paciente y ellos pueden aprender la técnica de una manera más efectiva.

Háblenos del cuchillo de disección endoscópica tipo tijera (scissor-type knife).

Para la resección de los pólipos pediculados –aquellos que tienen tallo– se utilizan diferentes métodos o técnicas pero hasta la fecha no ha sido publicado ningún estudio en el que hayan utilizado un cuchillo de disección endoscópica tipo tijera (scissor-type endoscopic knife). Sin embargo, nosotros hemos constatado que esta técnica es muy efectiva. Hoy he enseñado aquí a través de una serie de vídeos cómo lo hacemos.

El principal problema que se asocia a los pólipos pediculados, y especialmente a aquellos con un tallo grueso, es el sangrado.

Habitualmente, el tallo está irrigado por vasos sanguíneos grandes. Una de las vías para evitar el sangrado es poner algunos clips antes de cortar. Pero algunas veces es difícil por falta de espacio. Nosotros utilizamos la técnica DSE para resolver este problema, pues nos permite disecar el tallo, visualizar los vasos y coagularlos para prevenir el sangrado.

¿Qué técnicas le interesan especialmente de las que se presentan en esta reunión?

Estoy interesado en las presentaciones que hablan de las nuevas técnicas que se derivan de la DSE. A mi juicio la cirugía NOTES pura va disminuyendo pero van ganando terreno otros procedimientos que utilizan la DSE que considero impresionantes.



ENTREVISTA

Doctor
Alberto Montori

Profesor emérito de la Universidad de Roma La Sapienza. Roma. Italia

«Debido a que provenimos de diferentes culturas y experiencias, en algunos procedimientos el modo de trabajar difiere entre los especialistas occidentales y los orientales»

Usted se ha centrado en esta reunión en la resección endoscópica mucosa (REM) y disección endoscópica submucosa (DES) en las lesiones no polipoideas colorrectales.

Actualmente es muy frecuente hacer la resección de las lesiones no polipoideas colorrectales por vía endoscópica, sin necesidad de cirugía. Si la lesión es polipoidea, resulta muy fácil extraerla con endoscopia pero si es muy grande en ocasiones puede ser muy difícil researla.

En los últimos 20 años nosotros en estos casos tenemos la posibilidad de trabajar intraluminalmente, desde dentro del intestino, y al hacerlo de esta manera podemos hacer la disección de la mucosa y de la submucosa hasta la muscularis propria. Con este método se pueden extraer muy bien los pólipos grandes.

Si el pólipo es no pediculado sino sesil, muy grande, se extrae toda la lesión de una pieza con el fin de hacer el examen anatomopatológico, tras el cual tomamos una decisión. Si esta lesión no pediculada es benigna ya habrá sido extirpada vía endoscópica y no quirúrgica. Cuando son pólipos malignos realizamos cirugía neoadyuvante (radioterapia en la lesión) y mantenemos al paciente bajo observación.

¿Existen diferencias en la manera de trabajar de los especialistas occidentales y orientales?

A esta reunión han acudido muchos especialistas de China, Japón y de Corea del Sur. En algunos procedimientos, el modo de trabajar es un poco diferente entre los especialistas occidentales y los especialistas orientales.

Nuestros colegas orientales tienen una gran destreza y lo sé bien porque he estado en estos países en muchas ocasiones. Pero por ejemplo, en casos de apendicitis aguda, y a diferencia de nosotros los occidentales, no resecan el apéndice sino que realizan una colonoscopia y aspiran el pus.

En Oriente también quieren eliminar mediante la vía endoscópica, sin hacer cirugía laparoscópica y sin extraer la vesícula, los cálculos en la vesícula biliar. Pero nosotros los occidentales consideramos que esta no es una buena elección porque a los 10 años la mucosa de la vesícula biliar fabrica nuevos cálculos y el paciente deberá someterse de nuevo a otra intervención. Creo que hay una diferencia entre ellos y nosotros porque venimos de diferentes culturas y de experiencias diferentes.

Como especialista, ¿cómo percibe la figura del cirujano en Occidente?

La cirugía es una disciplina, un arte, y se debe conocer muy bien el procedimiento anatomo-quirúrgico antes de tratar a un paciente. Por otra parte, los especialistas no somos solo cirujanos ni solo endoscopistas ni solo gastroenterólogos. Es preciso, por tanto, trabajar unidos para alcanzar la excelencia en el tratamiento de las lesiones gastrointestinales y que el gran beneficiado sea el paciente.



ENTREVISTA

Doctor
Kiyokazu Nakajima

Profesor de Cirugía. Departamento Nueva Generación de Cirugía Endoscópica. Universidad de Osaka. Japón

«La rigidez de los endoscopios del futuro será variable, para adaptarla a las necesidades del procedimiento»

¿Qué es Project ENGINE?

Es un proyecto que creamos en Japón en 2008 que tiene como objetivo la investigación y desarrollo de nuevos instrumentos para endoscopia y laparoscopia. Es un consorcio de colaboración entre la Universidad de Osaka y la industria. Actualmente, el Project ENGINE lo componen 20 cirujanos y médicos de la Universidad y 8 industrias nacionales.

¿Qué avances ha obtenido Project ENGINE en el último año?

Algunos dispositivos prototipo han finalizado sus especificaciones y ahora están listos para ser comercializados. El consorcio Project ENGINE lo ha hecho con más de 10 artículos. Esto constituye un éxito poco habitual para un consorcio de dispositivos médicos en colaboración con la universidad.

¿Qué implicaciones tienen estos avances en la práctica clínica?

Algunas intervenciones endoscópicas así como los procedimientos laparoscópicos se han vuelto más seguros y efectivos gracias a estos nuevos dispositivos. Un ejemplo es el éxito del nuevo coagulador de succión que hemos denominado "Suction Ball Coagulator", desarrollado por nosotros en Project ENGINE. Este dispositivo de succión está integrado con una sonda electroquirúrgica permitiendo obtener una buena capacidad de succión y mejorar la homeostasis en la cirugía laparoscópica. El número de ventas de este coagulador de succión está siendo increíble.

El año pasado presentamos en este curso, un hisopo o bastoncillo quirúrgico de algodón que puede ser usado en cirugía por puerto reducido y en cirugía endoscópica.

Este hisopo presenta la ventaja de ser muy fino y por tanto, más fácil de manejar. También presentamos una nueva sonda de electrocauterización para endoscopios flexibles.

Cuál considera que es la clave del éxito del consorcio Project ENGINE?

La clave del éxito es la continua colaboración entre los médicos y la industria. Así mismo, la colaboración meticulosa entre cirujanos y gastroenterólogos es esencial para producir nuevos instrumentos endoscópicos y laparoscópicos. Ambos pueden compartir información e ideas gracias a la presencia de ingenieros en entornos médicos reales (por ejemplo, en salas endoscópicas o quirófanos) y a que disponen de herramientas comunes de comunicación (por ejemplo, tecnología de prototipado rápido).

¿Cómo serán los endoscopios del futuro?

Los endoscopios del futuro deberán ser flexibles y rígidos según la necesidad. Su rigidez será variable o adaptable. Además, el rendimiento y la variación de los instrumentos flexibles se verá muy mejorada.



ENTREVISTA

Doctor Sarbelio Rodríguez Muñoz

Jefe del Servicio de Aparato Digestivo y Endoscopia. Complejo Hospitalario Ruber Juan Bravo. Universidad Autónoma de Madrid

«Después de resecar un pólipo de gran tamaño en el colon debemos revisar la escara y tratar todos los factores de riesgo de un sangrado diferido»

Este año ha impartido la conferencia especial “Factores de riesgo de sangrado después de una resección de pólipo en el colon”. ¿Cuáles son estos factores?

He tratado de describir los factores que pueden predecir riesgo cuando resecamos un pólipo grande en el colon y cuando digo grande me refiero a más de 2 cm. Básicamente son dos; el tamaño de la lesión (a mayor tamaño mayor riesgo) y las condiciones del propio paciente. Dentro de las condiciones del paciente destaca su situación de anti-coagulación.

Cada vez nos enfrentamos a pacientes de mayor edad y es frecuente que estos pacientes estén en tratamiento anticoagulante. Antes de resecar un pólipo de gran tamaño hay que revertir la anticoagulación porque si no el riesgo de sangrado es muy elevado.

Después de la resección, el examen de la escara también puede dar una idea de qué es lo que va a suceder. Si es factible, intentaremos cerrar las escaras con clips y hacer hemostasia quemando todos los vasos visibles de la zona. Si se observa una quemadura muy profunda debe tenerse un cuidado especial en intentar cerrar las escaras.

¿Existen factores de riesgo a corto y a largo plazo?

Sí, el riesgo a corto plazo ocurre en las primeras 24-48 horas y es un riesgo predecible y fácilmente controlable. Sin embargo, el riesgo de sangrado a largo plazo es más difícil de prevenir porque intervienen factores diferentes a la propia hemostasia.

Por otra parte, es importante saber cómo afectan los distintos anticoagulantes actualmente comercializados (antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes clásicos como la warfarina y nuevos anticoagulantes directos como el dabigatran), qué hacer con ellos, como volver a anticoagular al paciente una vez resecado el pólipo y qué hacer si el paciente sangra en ese momento.

Como experto en la organización de reuniones científicas, ¿qué valoración hace del Curso Internacional de NOTES WIDER-Barcelona?

Como siempre en este curso los especialistas presentan cada año innovaciones técnicas, de instrumental y metodológicas y realmente es muy interesante todo lo que se presenta. Están impartiendo conferencias sobre endoscopia robótica, que es el futuro.

O por ejemplo, se ha hablado sobre un nuevo instrumento para hacer biopsia de los Tumores del Estroma Gastrointestinal (GIST), entre otros importantes avances.

¿Habrá una décima edición de las Jornadas de Endoscopia Avanzada, que usted dirige? ¿Para cuándo están previstas?

Sí, vamos a repetir. La próxima edición se celebrará en Madrid a finales de septiembre de 2019. La decisión de repetir y gestionar su organización fue rápida porque el feedback (a través de los cuestionarios de satisfacción) que nos dieron los asistentes al finalizar la última edición fue muy bueno. Valoraron las jornadas como de gran utilidad y un gran número de especialistas indicaron su intención de volver a asistir. Ahora estamos intentando cerrar el programa y hacerlo todavía más atractivo que el del año pasado.



ENTREVISTA

Doctor Mariano Giménez

Profesor titular de Cirugía de la Universidad de Buenos Aires. Argentina.
Chair of excellence de Cirugía Percutánea de la Universidad de Estrasburgo.
Director Científico de Cirugía Percutánea del IHU-IRCARD. Estrasburgo. Francia

«La cirugía guiada por la imagen nos está permitiendo hacer intervenciones muy complejas de forma ambulatoria»

La cirugía en estas últimas décadas ha experimentado grandes avances. ¿En qué medida está cambiando o cambiará esta especialidad?

Durante cientos de años los cirujanos hemos operado en forma abierta, rompiendo estructuras para solucionar problemas. A finales del siglo XX empezamos a hacer cirugía mínimamente invasiva, concretamente cirugía laparoscópica, endoscópica y percutánea. En este siglo estamos dando un paso más gracias a la cirugía guiada por imágenes. Esta es la cirugía que utiliza quirófanos híbridos que tienen además de laparoscopios y endoscopios, tomógrafos, angiógrafos... permitiendo hacer una cirugía de muy alta precisión.

A estos avances se añade la robótica y la inteligencia artificial. Toda esta suma de tecnología nos permite hacer intervenciones cada vez menos invasivas, más precisas y con mejores resultados. Posibilita también hacer la cirugía de forma ambulatoria o que el paciente pueda volver rápidamente a su casa.

Usted precisamente está dirigiendo el IHU en Estrasburgo, uno de los institutos más punteros del mundo en cirugía digestiva. ¿Qué hacen concretamente en este centro?

El IHU o Instituto de Cirugía Guiada por la Imagen es un centro que han creado conjuntamente la Universidad de Estrasburgo y el Gobierno francés. Está específicamente dedicado a la cirugía guiada por imágenes con el nuevo concepto de quirófano híbrido o de alta tecnología.

Aunque está comunicado con el Hospital Universitario, el IHU no dispone de camas porque la idea es hacer cirugías muy complejas pero mínimamente invasivas y que prácticamente no requieran ingreso hospitalario. Por tanto, esta no es la cirugía del futuro sino que es ya la cirugía del presente. De hecho, sé que precisamente el profesor Armengol-Miró está poniendo en marcha en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona un quirófano híbrido, que sigue el mismo concepto, en el servicio de cirugía digestiva.

¿Qué le está aportando este 12.º Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona?

Estamos muy interesados en nuestro trabajo en Argentina y sobre todo en Francia en unir técnicas de endoscopia con cirugía laparoscópica y de endoscopia con cirugía percutánea a través de agujas, stent, etc.

Y muchos de los expertos que están aquí están hablando precisamente de cómo funcionan, de unir especialidades y de eliminar las antiguas barreras. Antes se hablaba de servicio de cirugía, servicio de gastroenterología...pero gracias a la tecnología y a la evolución de la medicina y de la humanidad estas divisiones están quedando obsoletas.

Para mí están siendo muy útiles prácticamente todas las charlas, aunque algunas están muy especializadas en áreas que yo no práctico. Pero del resto estamos tomando mucha nota para poder seguir desarrollando nuevas técnicas y una nueva cirugía.

Por otra parte, siempre es un placer estar en Barcelona, que es una de las mejores ciudades del mundo, con un anfitrión de lujo como es el doctor Armengol-Miró.



ENTREVISTA

Doctora
Marina Ivantcova

Especialista en Endoscopia Digestiva.
Rusia

«La ESGE-ESGENA está preparando una nueva edición de su guía clínica para esterilizar de forma óptima cualquier tipo de endoscopio»

Usted ha abordado en este curso el manejo del riesgo en la endoscopia. ¿Qué ha justificado la elección de este tema?

La endoscopia se asocia a una potencial transmisión de infecciones. Por ello, es muy importante que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean seguros para nuestros pacientes y el personal sanitario. Es preciso valorar y minimizar los riesgos y no cometer errores.

La European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) y la European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) están preparando una nueva edición de una de sus guías clínicas. Estas directrices, que han sido elaboradas conjuntamente por especialistas de España,

Rusia, Reino Unido y otros países, aportarán una serie de recomendaciones específicas para reprocesar o esterilizar de forma óptima cualquier tipo de endoscopio y especialmente de los duodenoscopios, pues son los dispositivos más complicados. El fin es evitar la contaminación, el crecimiento y la transmisión de cualquier agente infeccioso y consecuentemente hacer esta técnica más segura para nuestros pacientes y el personal sanitario. Yo creo que este campo es muy interesante para todos los especialistas porque el manejo del riesgo es absolutamente universal. Lo conocemos desde tiempos ancestrales pero empezó a crecer rápidamente en la mitad del siglo XX. En el ámbito de la endoscopia despegó a inicios de este siglo, al producirse la gran revolución tecnológica.

¿Qué precauciones deben tomarse para evitar el riesgo de transmisión de infecciones?

Debemos estar seguros de que nuestros endoscopios están completamente limpios y seguir los protocolos indicados por las sociedades científicas. En este curso hemos hablado principalmente del lavado automático, de las soluciones desinfectantes para limpiar los endoscopios. Debemos también cerciorarnos de que son seguras para el personal y el medio ambiente. Actualmente la ESGE-ESGENA está pensando en cómo disminuir el uso de aldehídos en el proceso de esterilización –pues no son demasiados seguros para el personal– y aumentar el uso de desinfectantes basados en oxígeno.

Para limpiar los endoscopios, también las soluciones enzimáticas son mejores. Naturalmente, la utilización de instrumentos de un solo uso es una vía para prevenir algunos riesgos. Otro aspecto importante en el manejo del riesgo es que el médico sea muy experto.

¿Es su primera vez en este Curso?

Esta es la segunda ocasión que acudo al curso NOTES WIDER-Barcelona. Es un encuentro de una gran calidad científica, al que acude también una nutrida delegación de excelentes especialistas rusos. Definitivamente, este curso organizado por el profesor Armengol-Miró resulta muy útil para mejorar el conocimiento y las habilidades de todos los endoscopistas.



ENTREVISTA

Doctor
Joaquín Balsells Valls

Jefe de la Unidad de Cirugía de Páncreas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

«Creo que la próxima aparición del nuevo robot Da Vinci, que únicamente requiere un puerto, será definitiva para el gran despegue de la cirugía NOTES»

Usted ha comoderado una sesión sobre NOTES experimental y clínico que ha acaparado gran interés.

Trataba principalmente de endoscopia, del tratamiento de la acalasia con la miotomía endoscópica peroral o POEM, de las complicaciones de la esfinterotomía o de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y de como prevenirlas.

También se han presentado unas nuevas técnicas que se están realizando en China que consisten en abrir la vesícula biliar, limpiarla de pólipos y piedras y volver a cerrar dejando la vesícula in situ. Hay que ver los resultados, pues no disponen todavía de muchos casos. Pero lo cierto es que en el mundo occidental somos escépticos en que estos nuevos procedimientos puedan implantarse.

Por otra parte, ha habido una sesión muy interesante centrada en la ecoendoscopia y los tratamientos ablativos de los tumores de páncreas que no pueden extirparse. Pero estos tumores, actualmente los podemos intentar eliminar con radiofrecuencia y electroporación aumentando así la supervivencia del paciente.

En la Unidad de Cirugía del Páncreas del Hospital de Vall d'Hebron, que usted dirige, ya están utilizando la robótica. ¿Qué valoración hace de estas técnicas?

Sí, estamos haciendo cirugía de resección de tumores pancreáticos por laparoscopia pero más recientemente hemos iniciado ya tratamientos con el robot Da Vinci con buenos resultados.

La robótica permite al cirujano una mayor precisión, mayor visibilidad y una mayor capacidad de maniobrar con los instrumentos que la laparoscopia. Con la laparoscopia estamos un poco rígidos, un poco limitados de movimientos. El robot Da Vinci también facilita mucho la realización de suturas y gracias a ello se acorta el tiempo de la cirugía. La satisfacción del paciente es la misma, tanto si es intervenido por vía laparoscópica como mediante robótica pero el robot Da Vinci nos facilita el trabajo a los cirujanos.

Pronto van a disponer en el Hospital de Vall d'Hebron de un quirófano multidisciplinar, ¿cómo valora este nuevo avance?

Efectivamente, está previsto que el próximo año se ponga ya en marcha el quirófano multidisciplinar.

El Dr. Armengol-Miró nos propuso colaborar con los pacientes que van a requerir el abordaje endoscópico y el quirúrgico o laparoscópico para unir esfuerzos y así progresar y avanzar en este campo tan fascinante que es la cirugía la endoscópica transluminal a través de orificios naturales o NOTES.

A mi juicio esta modalidad de cirugía en un futuro se va a implantar mucho más, especialmente cuando aparezca el nuevo robot Da Vinci, con un acceso único. El actual robot Da Vinci requiere 4 orificios o puertos para poder trabajar pero el modelo próximo, que saldrá en 1 ó 2 años permitirá poder practicar y operar con solo un orificio con lo cual para el paciente será mucho mejor y permitirá seguramente el despegue final aunando el NOTES con la robótica.



ENTREVISTA

**Doctor
Marco Frascio**

Profesor Asociado de Cirugía General. Departamento de Cirugía General.
Universidad de Génova. Italia

«A consecuencia de la investigación en NOTES se han desarrollado y establecido con éxito muchos avances tecnológicos en el campo de la cirugía y la endoscopia»

En su opinión, ¿qué aporta al especialista este Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona?

Creo que el principal interés de este curso es que se centra en las nuevas tecnologías. Cuando se empezó a desarrollar la cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales (NOTES) era solo un sueño. No sabíamos si finalmente este proyecto tendría éxito. Ahora podemos decir que si bien no se ha extendido demasiado en la práctica clínica diaria, a consecuencia de la investigación en NOTES se han desarrollado y establecido con éxito muchos avances tecnológicos en el campo de la cirugía y la endoscopia.

De tal manera que actualmente disponemos de muchas nuevas técnicas y procedimientos endoscópicos que están ganando terreno a la cirugía.

Es decir, que algunos procedimientos que solo podían realizarse mediante cirugía se realizan ahora mediante endoscopia. Esto significa que son menos invasivos, menos peligrosos y se asocian a menos complicaciones. A mi juicio, este ha sido el resultado principal de la cirugía NOTES.

Usted es un asistente habitual de este curso. ¿Desde cuándo acude?

Soy un veterano en este curso y no solo porque llevo viniendo desde su primera edición sino porque estoy en contacto con el doctor Armengol-Miró desde el año 1982. En esa época yo era un joven cirujano que vine a Barcelona para iniciarme y aprender endoscopia. En aquel tiempo todavía no había nacido la cirugía NOTES. También como dato anecdótico, decir que coincidí en Nueva York con el doctor Armengol-Miró, cuando se hizo el primer procedimiento NOTES de colecistectomía transvaginal y a partir de ahí empezamos de nuevo a colaborar.

¿Qué destacaría del programa científico de esta presente edición del Curso?

Este año en el programa científico hay muchas ponencias presentadas por especialistas chinos. Estos han presentado novedades muy interesantes. En China están desarrollando muchas técnicas y procedimientos y a mi juicio, esto se debe a que tienen una ingente cantidad de pacientes para tratar. Están, por tanto, adquiriendo muchísima experiencia en el campo de la cirugía y la endoscopia.



ENTREVISTA

**Doctor
Rajesh Gupta**

Instituto Asiático de Gastroenterología. Hyderabad. India

«Actualmente estamos empezando a utilizar la ablación por radiofrecuencia en los trastornos pancreáticos»

¿Cuál es actualmente el papel de la ablación por radiofrecuencia en las enfermedades biliopancreáticas?

La ablación por radiofrecuencia es una técnica disponible desde hace más de dos décadas. Nosotros empezamos a aplicarla en el tratamiento de lesiones hepáticas, en la ablación de tumores. Llevamos tiempo haciendo ablación por radiofrecuencia como tratamiento paliativo en pacientes con colangiocarcinoma irresecable con muy buenos resultados en la prolongación del tiempo de permeabilidad de la prótesis biliar y la supervivencia. Hasta ahora hemos realizado más de 300 casos y estamos en vías de publicar esta experiencia.

Pero actualmente estamos empezando a utilizar la ablación por radiofrecuencia en los trastornos pancreáticos.

La cirugía del páncreas es muy dura, pues se asocia a una morbilidad y mortalidad muy elevada. De tal manera que en ciertos pacientes está contraindicada o bien no desean operarse. En estos casos la ablación por radiofrecuencia podría ser una buena alternativa.

Ustedes disponen de experiencia con ablación por radiofrecuencia en el insulinoma pancreático.

Sí, nosotros hemos utilizado la ablación por radiofrecuencia en el insulinoma. Este es el tumor funcional neuroendocrino más frecuente del páncreas. Una de sus manifestaciones clínicas es la hipoglucemia severa. La ablación por radiofrecuencia disminuye muy significativamente los episodios hipoglucémicos y los pacientes obtienen muy buenos resultados.

En 2016 publicamos en la revista "Gastrointestinal endoscopy" nuestra experiencia en la ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía endoscópica en el insulinoma utilizando un nuevo electrodo de aguja.

¿Cual es su impresión sobre esta edición del Curso Internacional NOTES WIDER-Barcelona?

En esta edición, el Curso ha ofrecido, como es habitual, un programa científico de gran calidad y aplicación práctica, presentado por los mejores expertos en áreas muy especializadas. Profesionales que están haciendo tecnología avanzada y que provienen de diversos países de Europa, Asia y América. Otro de los atractivos de este curso es que permite ver diferentes procedimientos realizados por los expertos, retransmitidos en directo desde los quirófanos a la sala.

El profesor Armengol-Miró es un excelente organizador y un magnífico anfitrión. Además, siempre es un placer estar en una ciudad como Barcelona.



ENTREVISTA

**Doctor
Maurizio Zilli**

Director de la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva.
Hospital Académico de Udine. Friuli Venezia-Giulia. Italia

«Es imperativo enfatizar la importancia de la investigación de alta calidad y financiada adecuadamente en el ámbito de NOTES»

La cirugía NOTES está alcanzando un interés indudable tanto por parte de la profesión médica como del público en general. ¿cuáles son los motivos principales de este éxito?

El primer motivo es el número de patologías que podemos tratar con NOTES. Ahora es posible curar mediante técnicas mixtas una amplia variedad de enfermedades como cálculos biliares, enfermedad por reflujo gastroesofágico, obesidad, cáncer colorrectal y muchos otros problemas complejos. Las intervenciones de NOTES van desde exploraciones diagnósticas de la cavidad peritoneal hasta resecciones complejas de órganos como la pancreatocistomía, esplenectomía y nefrectomía. Creo que cruzar la línea del intestino es uno de los hechos más fascinantes de NOTES para un endoscopista especializado en tubo digestivo.

El segundo motivo, especialmente para el público, puede ser el atractivo de una "cirugía sin miedo". NOTES ofrece la oportunidad de tratar al paciente con enfermedades complejas sin la invasividad de la cirugía tradicional.

¿Cuáles considera que son las mejores aplicaciones de NOTES hoy en día?

En mi opinión, las mejores aplicaciones de NOTES se encuentran en las enfermedades benignas. El NOTES constituye una de las alternativas actuales para el tratamiento de la obesidad.

La obesidad es la enfermedad de nuestra era, pues su incidencia ha aumentado significativamente y también su gravedad. También han aumentado la comorbilidades de los pacientes obesos.

Las terapias bariátricas endoscópicas tienen un buen perfil de seguridad y eficacia, tienen menor coste que la cirugía, son repetibles y generalmente son bien aceptadas por los pacientes. Los pacientes obesos suelen ser jóvenes y la cirugía bariátrica conlleva una gran cantidad de obstáculos anestesiológicos y quirúrgicos, por lo que tenemos que encontrar soluciones más inteligentes para estos pacientes.

¿Hay algún problema que le gustaría comentar sobre NOTES?

Ya existen procedimientos disponibles bien probados para tratar muchas afecciones quirúrgicas que podrían ser adecuados para NOTES. Aunque ahora las publicaciones en NOTES están aumentando rápidamente,

es imperativo enfatizar la importancia de la investigación de alta calidad financiada adecuadamente. En el futuro próximo, es esencial que las indicaciones de NOTES se establezcan y se reconozcan en las guías clínicas.

¿Cómo debería hacerse el entrenamiento de los endoscopistas?

El desarrollo de una técnica segura y reproducible es esencial para la utilización de NOTES en humanos. La fase inicial de entrenamiento en modelos animales (ex vivo e in vivo) es crucial para entender las técnicas y los límites reales de los procedimientos NOTES. Hoy en día, los grandes centros académicos de hospitales cuentan con laboratorios especializados en animales dedicados a la formación práctica. La curva de aprendizaje de estos procedimientos es variable y depende de la técnica, pero la mayoría de ellos se pueden aprender en un período corto, por lo que después de un asesoramiento por un endoscopista experto autorizado, podría implementarse en pacientes humanos. Por supuesto, es importante no subestimar la importancia de la endoscopia asistida por robot, actualmente disponible en grandes centros, lo que sin duda ayudará a acortar la curva media de aprendizaje.

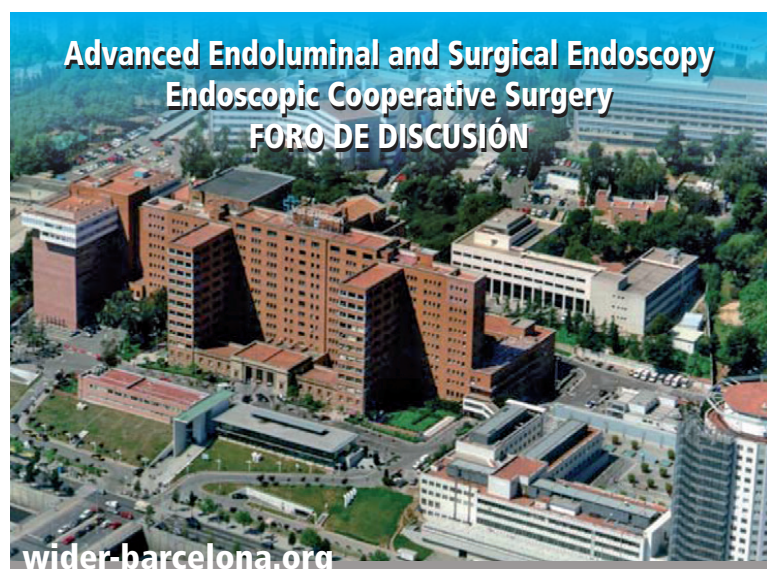
Avance de programa

13.º CURSO INTERNACIONAL NOTES-WIDER-BARCELONA



CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES

HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON I L'INSTITUT DE RECERCA
DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE. UNIVERSITÀ DI GENOVA
UCM HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CARLOS. MADRID



25 y 26 de Noviembre, 2019

Paseo de la Vall d'Hebron, 119-129 • 08035 Barcelona • Tel. 93 274 61 00
Instituto Catalán de la Salud • Hospital Universitario Vall d'Hebron. UAB



¡Os esperamos!

25 y 26 de Noviembre, 2019

WB

WIDER-Barcelona

Institute for Digestive Endoscopy Research in Barcelona

Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron

Hospital Universitario Vall d'Hebron • Paseo de la Vall d'Hebron, 119-129 • 08035 Barcelona
Tel. 93 274 61 00 • director@wider-barcelona.org

www.wider-barcelona.org



Este proyecto recibe el apoyo de "la Caixa",
según el acuerdo LCF/PR/GN08/50210002