

# WIDER-Barcelona news

Director: J. R. Armengol-Miró

Número 8 • Abril 2016

## 9º CURSO INTERNACIONAL DE N.O.T.E.S WIDER-BARCELONA

### CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSLUMINAL POR ORIFICIOS NATURALES

Barcelona 23 y 24 de noviembre, 2015

C. L. Ruiz de Villalobos, Raquel González Arias

El Curso Internacional de NOTES-WIDER-BARCELONA llegó este año a su novena edición que se celebró en la Sala de Actos del Pabellón Docente del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona y estuvo dirigido por los doctores José Ramón Armengol-Miró, Manuel Armengol Carrasco, Antonio J. Torres García y Joan Dot Bach. Fue coordinado por Jorge Olsina, Joaquim Balcells, Monder Abu Suboh Abadía y Jordi Armengol Bertrolí y con la colaboración de Miguel Masachs, Ana Benages y M<sup>a</sup> Dolores Castillo.

El Curso tuvo un programa de dos días con una actividad teórica a través de conferencias sobre importantes temas de actualidad y otra práctica desarrollada por un equipo, formado por el staff organizador y profesores invitados, en dos quirófanos de cirugía experimental del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron, con video-transmisiones a la Sala de Actos.

El Curso se realiza con el soporte y dotación del proyecto W.I.D.E.R-Barcelona, Hospital Universitario Vall d'Hebron (Universidad Autónoma de Barcelona), Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron, OLYMPUS Endoscopia, Laboratorios INBSA y la colaboración de la Obra Social de la Fundación "la Caixa".

El Curso se dedicó a "Endoscopia Quirúrgica y Endoluminal Avanzada" y a "Cirugía Endoscópica de Cooperación" y se dirigió a gastroenterólogos, endoscopistas clínicos y cirujanos interesados por los beneficios de la cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales y las técnicas terapéuticas intervencionistas relacionadas con ella.



Acto inaugural: de izquierda a derecha, el doctor Manuel Armengol Carrasco, co-director del Curso; el doctor José Ramón Armengol-Miró, director del Instituto WIDER-Barcelona y co-director del Curso; el doctor Boi Ruiz, ex Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya; el doctor Martínez Ibañez, gerente del Hospital Universitario Vall d' Hebron; y el doctor Juan X. Comella, director del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

**José Ramón Armengol-Miró**  
Director del Instituto  
WIDER-BARCELONA

"Sinceramente, creo que somos buenos anfitriones"



**Kiyokazu Nakajima**  
Profesor e investigador del Departamento de Gastroenterología de la Universidad de Osaka. Japón

"Debemos investigar en el desarrollo de aparatos cada vez más sofisticados que permitan avanzar en la realización de técnicas como el NOTES"

**Antonio J. Torres**  
Codirector del 9º International NOTES WIDER-BARCELONA.  
Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

"Estamos en un momento de nuevos desafíos que vendrán de la mano de la cirugía robótica, la cirugía en 3D, imagen en 4K, etc."



**Mei-Dong Xu**  
Gastroenterólogo de la Fudan University de Shanghai. R.P. China

"La STER es una nueva técnica que consiste en la resección endoscópica de tumores submucosos y que nosotros inventamos en 2011"

**Sergey Kantsevoy**  
Institute for Digestive Health & Liver Disease.  
Mercy Medical Center. Baltimore.  
Maryland (EE.UU.)

"La perforación del colon ha sido y sigue siendo la complicación más temida"



**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](http://www.wider-barcelona.org)

Primera jornada. Lunes

# NOTES PRESENTE Y FUTURO



Boi Ruiz



José Ramón Armengol-Miró



Martínez Ibáñez



Manel Armengol Carrasco



Juan X. Comella

## Inauguración del Curso

En presencia del entonces Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, doctor Boi Ruiz, del doctor Manuel Armengol Carrasco, del doctor Martínez Ibáñez, gerente del Hospital Universitario Vall d' Hebron, y del doctor Joan X. Comella, director del Institut de Recerca del Hospital Universitario Vall d'Hebron, el profesor Armengol-Miró inauguró el Curso, señalando la buena noticia y el honor que suponía la presencia del Conseller en el inicio de este 9º Curso Internacional de NOTES-WIDER-Barcelona. Igualmente agradeció la siempre eficaz colaboración de los doctores Armengol Carrasco, Torres García y Dot y habló de la posición que ocupa hoy NOTES que, si bien no ha avanzado espectacularmente, sigue sin parar con buenos resultados y múltiples posibilidades como indica la experiencia adquirida. También agradeció la ayuda y soporte de la Obra Social de la Fundación "la Caixa" y de la Generalitat de Catalunya, así como del doctor Comella, del doctor Martínez Ibáñez y del Hospital Vall d'Hebron que, según el profesor Armengol-Miró, "le ha salvado la vida", en sus problemas de corazón.

Los doctores Armengol Carrasco, Comella y Martínez Ibáñez felicitaron al profesor Armengol-Miró por el éxito de los cursos NOTES y manifestaron su orgullo por los cirujanos y endoscopistas que trabajan para la excelencia profesional generando conocimientos y avances.

Finalmente, el Conseller de Salut, Boi Ruiz, agradeció la invitación para inaugurar el Curso, dio también las gracias a todos los participantes y felicitó a los responsables del Curso y al Hospital Vall d'Hebron de cuya fundación se cumplen ahora 60 años. También habló del eco internacional que tiene la Endoscopia que se realiza en Catalunya y de los profundos conocimientos de sus profesionales trasladados a la práctica clínica. Como ejemplo, recordó que el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona ha distinguido al equipo de la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Universitario Vall d'Hebron con el Premio a la Excelencia Profesional 2015.

Tras sus palabras se dio por inaugurado el 9º Curso Internacional de NOTES-WIDER-Barcelona.



Mesa de la Inauguración oficial compuesta por Manel Armengol Carrasco, Martínez Ibáñez, Boi Ruiz, José Ramón Armengol-Miró y Juan X. Comella.



Antonio J. Torres (Madrid) y Zhang Xiaoguang (R.P. China).

## SESIÓN 1. NOTES Experimental

Ante una mesa moderada por los doctores Torres, Escourrou, Segal, Zhang Xiaoguang y Frascio, Liu Bing-Rong (R.P. China) habló de la preservación de la vesícula biliar en la colecistolitomía transrectal y poliplectomía por NOTES puro. Señaló que los casos de NOTES transcolónico y transrectal están limitados en los humanos debido a la contaminación fecal. Después de una colecistectomía, la lesión de la vía biliar y su correlación con el cáncer de colon indican la importancia de preservar la vesícula biliar. Explicó la experiencia en un caso en el que el tiempo de la operación desde la incisión en la pared rectal hasta la colocación del último clip fue de 180.5 minutos. Después de 6 horas desde la anestesia, el paciente pudo beber agua y tras 24 horas ingerir una dieta líquida. Después de la operación, se produjo una distensión abdominal que desapareció después de 12 horas cuando el paciente pudo levantarse de la cama.



Liu Bing-Rong (R.P. China)

En el caso de un paciente con colecistitis aguda se utilizó NOTES híbrido con laparoscopia. Después del drenaje de la vesícula y el lavado peritoneal, el dolor abdominal remitió pronto. Bing-Rong concluyó que el uso del balón separable puede impedir la contaminación fecal del campo operatorio y que la vía transrectal proporciona una nueva alternativa para el tratamiento de cálculos y pólipos en la vesícula biliar.



Jorge Arroyo Vázquez (Suecia)

Jorge Arroyo Vázquez (Suecia) presentó el tratamiento con stent de la úlcera duodenal perforada versus tratamientos tradicionales, como la cirugía abierta y las técnicas laparoscópicas. Indicó que el tratamiento con sonda nasogástrica y succión se usa a veces en pacientes con alta comorbilidad pero ofrece un pobre resultado. Existe una tendencia que muestra que en pacientes de más edad y mayor puntuación ASA hay menos complicaciones severas en el grupo stent. Por ello, el tratamiento con stent con drenaje percutáneo parece una segura y efectiva alternativa al cierre quirúrgico tradicional y puede ser una buena opción para paciente mayores y comórbidos.

La doctora María Bergstrom (Suecia) trató del grado del trauma quirúrgico causado por el acceso abdominal, indicando que la laparoscopia se muestra como menos traumática que la cirugía abierta. En cuanto a la cirugía transgástrica con NOTES es bien tolerada por los animales (cerdos) y parece ser menos traumática que la laparoscopia y la cirugía abierta a pesar de la duración del tiempo operatorio. Sin embargo, la doctora Bergstrom afirmó que el modelo porcino puede no ser realmente el mejor para representar la situación de la respuesta de estrés en los humanos.



María Bergstrom (Suecia)



Zuzana Vackova (Rep. Checa)

Zuzana Vackova (Rep. Checa) habló de la miotomía endoscópica por vía oral (POEM) ofreciendo algunos resultados de su propio programa POEM. Su conclusión es que POEM es un método seguro y efectivo para el tratamiento de la acalasia, con excelentes resultados a medio y a corto plazo y tiene un excelente perfil de seguridad. Después de POEM se apreció reflujo en el 37% de los pacientes (esofagitis en el 34%). El reflujo fue controlado fácilmente mediante inhibidores de la bomba de protones.

El doctor Liu Bing-Rong (Rep. China) ofreció su propia miotomía endoscópica por vía oral modificada (Liu POEM), señalando que para mejorar el procedimiento POEM se realizó miotomía y tunelización en un mismo paso. En su opinión, Liu POEM es un procedimiento más eficiente que el POEM convencional y ocasiona una lesión mínima en el tejido submucoso. La duración de este procedimiento es mucho menor que la del convencional. Y ya están en marcha estudios adicionales.



Per-Ola Park (Suecia)

Per-Ola Park (Suecia) habló de la respuesta del píloro a la colocación del stent. Para ello se visualizan los movimientos del stent mediante un hilo piezoeléctrico y se mide la reacción del píloro a diferente presión usando un catéter EndoFLIP™. El refinamiento de los dos modelos puede ayudar a diseñar el stent óptimo.

### LECTURA ESPECIAL

Sergey Kantsevoy (USA) ofreció una interesante intervención sobre las perforaciones durante los procedimientos endoscópicos, preguntándose si todavía se necesita la ayuda de los cirujanos. Señaló que la perforación del colon sigue siendo la complicación más preocupante de la intervención endoscópica. Generalmente, requiere abrir de inmediato para la reparación quirúrgica, laparoscópica o la resección del colon. Las intervenciones EMR (resección endoscópica de la mucosa) y ESD (disección endoscópica de la submucosa) tienen siempre una alta tasa de perforaciones en comparación con el screening colonoscópico. Anteriores estudios han demostrado el éxito del cierre endoscópico de la perforación colónica con clips endoscópicos y dispositivos de sutura en modelos animales vivos. El cierre con sutura endoscópica de la perforación del colon es técnicamente factible, más efectivo que el cierre endoscópico con clips y elimina la necesidad del rescate quirúrgico. El cierre con sutura endoscópica de las perforaciones del colon ofrece además, obviamente, beneficios clínicos y económicos.



Sergey Kantsevoy (USA)



Kiyokazu Nakajima (Japón)

### AVANCES EN NOTES

Ante una mesa moderada por los doctores Aguirre, Montori y Castro, el profesor Kiyokazu Nakajima (Japón) habló de una nueva endoscopia portátil para un acceso universal. Respecto a los actuales dispositivos médicos, indicó que muchos de ellos han sido desarrollados basándose sólo en necesidades clínicas insatisfechas en los países avanzados y la mayoría en el rendimiento. Muchas veces no son fáciles de usar ni de mantener o son voluminosos y pesados. Para tener unos dispositivos asequibles para UHC se han de identificar las verdaderas necesidades clínicas con una evaluación preclínica de todos los aspectos de los prototipos, la fabricación con transferencia de tecnología a LMICs, la autorización reglamentaria del proceso, la comercialización y la producción. Hay que lograr reducir el tamaño del equipo quirúrgico, incluyendo el laparoscopio, el dispositivo generador de energía y los suministros quirúrgicos relacionados.

Así, debe ser portátil, que ahorre energía y sea recargable, de fácil mantenimiento, robusto, asequible y con un rendimiento apropiado. El objetivo principal es rediseñar la laparoscopia y la endoscopia basadas en las más universales necesidades clínicas en los países emergentes. La meta final es reducir el gasto médico total para hacer más sostenible el cuidado de la salud a escala global.



Suvranu De (USA)

Suvranu De (USA) presentó las interacciones de fuerza y torque durante un procedimiento de apendectomía transgástrica simulada. La comprensión de las interacciones de fuerza y torque con la endoscopia es fundamental para el desarrollo de ambas.

Asimismo habló de interfaz háptica para NOTES flexible y de la implementación en tiempo real de la compensación de la fricción para la experiencia del usuario realista.



Fan Zhining (R.P. China)

Fan Zhining (R.P. China) mostró la aplicación de endoscopia combinada con laparoscopia para tumores gastrointestinales benignos que pueden ser esofágicos, gástricos o colorectales. Para tumores mayores de 4 cm. la endoscopia combinada con laparoscopia sería la mejor solución. En el tratamiento laparoscópico para tumores del estroma gástrico procedentes de la propia musculatura, ESD y EMR serían para tumores intraluminales y EFR (resección endoscópica de espesor total) para tumores del estroma gástrico del propio músculo. La endoscopia combinada con laparoscopia incluye el tipo de exposición y de no exposición. La resección de espesor total para el cáncer gástrico bajo guía laparoscópica y endoscópica es la técnica más criticada. El lumen gástrico está completamente abierto a la cavidad peritoneal. En cierto grado los contenidos gástricos fluyen y contaminan la limpia cavidad peritoneal. Algunos expertos trabajan con método de no exposición.

### SESIÓN 2

En ese momento se conectó con el quirófano en el que trabajaban el doctor Kantsevoy y el doctor Stavropoulos que realizó el cierre de una fístula con OVERSTICH.

### SIMPOSIO. ACCESO POR PUERTO ÚNICO.

Moderaron la sesión los doctores Balcells, Carilli y Starkov. La doctora Seda Dzhantukhanova (Rusia) dedicó su intervención a la cirugía híbrida mínimamente invasiva. Su filosofía es que "si se quiere algo nuevo hay que dejar de hacer lo que es viejo" y que "en Medicina lo más constante es el cambio". La cirugía utiliza múltiples plataformas para minimizar la invasión: cirugía laparoscópica, radiología intervencionista, endoscopia intervencionista. Se precisan procedimientos en los que la endoscopia intraoperatoria es necesaria como cirugía esofágica, cirugía laparoscópica para la acalasia, resección laparoscópica de tumores gástricos, cirugía laparoscópica bariátrica, laparoscopia más ERCP para cálculos biliares, cirugía laparoscópica de colon, etc. Señaló que hay que aprender nuevas habilidades y renovar las viejas. La evolución es constante y ya están apareciendo nuevos instrumentos en el mercado.



Seda Dzhantukhanova (Rusia)



Eloy Espín (Barcelona)

El doctor Eloy Espín (Barcelona) trató de la cirugía transanal de la neoplasia de recto, señalando que por ahora faltan estudios sobre los resultados funcionales y oncológicos de esa práctica así como un registro internacional. También indicó las deficiencias en algunos dispositivos como puerto de acceso, energía, instalación y visión. La robótica es atractiva pero resulta cara. La TME (excisión meso-rectal transanal total) del carcinoma de recto tiene indudables ventajas. Facilita la posibilidad de trabajar con dos equipos y la disección meso-rectal del tercio inferior, permite una adecuada sección del recto en margen distal y la extracción transanal de la pieza quirúrgica, manteniendo la integridad de la pared abdominal. Como desventajas se plantea la pregunta de si es necesario el recto proximal y si se puede contaminar la zona cruenta.

Otros inconvenientes son las dificultades en la disección de los laterales y las dificultades de visión por vapor-pujo rectal. Teniendo en cuenta que las limitaciones de las técnicas se pueden superar, está previsto que la aplicación clínica de NOTES vaya en aumento. Es de suma importancia que cuando esta compleja técnica sea aplicada en humanos se haga juiciosamente por expertos adecuados y bien capacitados y los resultados sean recogidos en un registro.

### CONFERENCIA MAGISTRAL

Eduardo Targarona (Barcelona) habló del reto que supone la aproximación al cáncer rectal por laparoscopia. Indicó que la cirugía laparoscópica para el cáncer de recto medio e inferior se puede recomendar en óptimas condiciones. Aún así, la mayor evidencia de nivel uno es para la cirugía de cáncer de colon en lugar de cáncer de recto. Se esperan resultados de grandes ensayos aleatorios que aporten la evidencia de mejora a corto plazo e iguales resultados a largo plazo, en comparación con la cirugía abierta. La aproximación laparoscópica tiene ventajas al ser mínimamente invasiva y mejorar la visualización pero también desventajas por ser una técnica de disección difícil. Las dos opciones para el futuro serán la robótica y la excisión meso-rectal transanal total.

Jesús Garijo (Madrid) aportó sus experiencias acerca de la cirugía de reducción de puertos en cirugía de urgencias, señalando que las técnicas se han de humanizar. Sobre las dificultades, dijo que en la laparoscopia convencional los puertos se posicionan para conseguir un mejor acceso y triangulación. En el puerto único, solamente el ombligo es el planteamiento inicial. Existe una distancia variable entre algunas estructuras intraabdominales y una interposición de vísceras abdominales. Asimismo, puede existir una incapacidad para evaluar aspectos/caras de algunos órganos. En cuanto a la ergonomía quirúrgica, dijo que la posición de las manos debe ser tenida en cuenta en todo momento. Los instrumentos deben ser manejados en diferentes planos para evitar colisiones. El laparoscopio debe trabajar a una distancia correcta del puerto. La cámara y los instrumentos paralelos ya que es difícil evaluar la profundidad del mismo.



Eduardo Targarona (Barcelona)



Jesús Garijo (Madrid)



José Noguera (La Coruña)

José Noguera (La Coruña) cerró ese bloque hablando de la cirugía de colon por puerto único y preguntándose si la laparoscopia convencional es la única aproximación para la cirugía colorectal o se le puede dar un enfoque híbrido. Así se podría hablar de minilaparoscopia, de cirugía endoscópica de incisión única, de cirugía transvaginal, de cirugía transanal y transcolónica y de cirugía transgástrica y transvesical. También se puede hablar de cirugía endoscópica transluminal por orificios naturales, o sea de NOTES puro. Sin duda ofrece beneficios como: menos dolor, pocas complicaciones parietales, mejor cosmética y extracción del espécimen. Los riesgos serían: la contaminación peritoneal, fallos en el cierre y hemorragia. El éxito de la tecnología, así como la duración del tiempo operativo, dependerá de los dispositivos médicos, de los instrumentos y del entrenamiento y habilidad de los profesionales.

#### LECTURA ESPECIAL

Mei-Dong Xu (Rep. P. China) ofreció una lectura especial acerca de la resección endoscópica del tunel submucoso (STER). Cundo los tumores submucosos (SMTs) benignos aumentan de tamaño los pacientes pueden perder la oportunidad de un tratamiento mínimamente invasivo. Por lo tanto, la resección de los SMTs contribuye a confirmar el diagnóstico y a lograr el tratamiento clínico. No obstante, se plantea el dilema de si hacer una endoscopia de seguimiento (llena de tensión), una resección quirúrgica (invasiva) o una resección endoscópica convencional. En cualquier caso, la resección endoscópica del tunel submucoso plantea nuevas técnicas para los tumores derivados de la musculatura propia como: ESD híbrido combinado con SEMF para lesiones neoplásicas de gran tamaño, endoscopia submucosa con resección mucosa (SEMR), disección endoscópica del tunel submucoso (ESTD) y POEM gástrico para estenosis hipertrófica del piloro y gastroparesis refractaria. Así, pues, STER es un método seguro y efectivo para SMTs del tracto intestinal superior. Los tumores de gran tamaño y forma irregular deben ser tratados con mucha habilidad y por endoscopistas experimentados.



Mei-Dong Xu (R.P. China)

Después de una video transmisión desde el Instituto de Recerca, comenzó la sesión de la tarde con:

#### CONTROVERSIAS ENTRE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y ENDOSCOPIA ENDOLUMINAL

La doctora Sandra Castro (Barcelona) ofreció una vista sobre la cirugía endoscópica, hablando de la laparoscopia versus la cirugía abierta, la funduplicatura parcial versus la total y los aspectos técnicos que pueden influir en los resultados, tales como la división de los vasos gástricos cortos, el cierre crural, la cirugía robótica y el uso de dilatadores esofágicos. Señaló que la evidencia sugiere que los cirujanos convenientemente entrenados en técnicas de mínima invasión que realizan cirugía para la enfermedad de reflujo esofágico (GERD) pueden minimizar la disfagia postoperatoria eligiendo la funduplicatura (grado A), y maximizar la efectividad del procedimiento con la funduplicatura total (grado C).

En lo que concierne a la efectividad a largo plazo son necesarios más estudios que puedan servir de guía para realizarlo. La colocación de dilatadores esofágicos disminuye la incidencia de disfagia a largo plazo aunque podría suponer un pequeño riesgo de lesión esofágica. Los cirujanos deben ser conscientes de que en los pacientes con un cumplimiento deficiente de la terapia con PPI o con pobre respuesta preoperatoria a dicho tratamiento los resultados serán también pobres. En cuanto a la edad, no se considera como contraindicación para la cirugía antirreflujo y las personas mayores son candidatos aceptables para la misma lo mismo que los pacientes más jóvenes. Hay que tomar medidas para minimizar los posibles efectos postoperatorios como náuseas, vómitos, etc. que podrían significar un fallo anatómico de la funduplicatura. En resumen, la cirugía laparoscópica antirreflujo es una opción de tratamiento segura y efectiva para GERD. Asimismo, se han realizado múltiples estudios sobre resultados a corto plazo de la cirugía laparoscópica antirreflujo en los últimos 11 años.



Sandra Castro (Barcelona)

El sistema MUSE para el tratamiento de GERD significa un nuevo camino para realizar la funduplicatura por endoscopia transoral. Alberto Testoni (Italia) lo presentó señalando que el tratamiento médico en GERD debe ser continuo y prolongado con altas dosis de PPI con potenciales efectos secundarios y, a veces, intolerancia. En cuanto a la terapia quirúrgica, los procedimientos invasivos no siempre son efectivos y pueden presentar potenciales complicaciones y también efectos secundarios como disfagia, vómitos y otros. En un seguimiento de 10 años se comprobó que del 50 al 60% de pacientes necesitaron medicación para síntomas recurrentes.



Alberto Testoni (Italia)

El sistema MUSE (Ultrasonic Surgical Endos-tapler) (Engrapadora Quirúrgica Ultrasónica) ofrece indudables ventajas al unir los últimos avances en visualización, ecografía y capacidad de grapado quirúrgico en una única plataforma que permite que una sola persona lleve a cabo la funduplicatura, conectando la parte superior del estómago al esfínter esofágico inferior. MUSE ha sido posible gracias a POEM, el primer éxito de NOTES que supuso una innovación revolucionaria. Ahora el nuevo sistema MUSE por vía oral para el tratamiento de GERD se muestra como eficaz y aceptable con resultados equivalentes a la laparoscopia invasiva o a la cirugía abierta, pero sin incisiones, mayor comodidad para el paciente y un alivio significativo de los síntomas de GERD.

Adrian Lobontiu (USA) ofreció en una video-conferencia un ensayo clínico aleatorio en el que comparó la Funduplicatura Transoral Sin Incisiones (TIF) con SHAM y un ensayo clínico aleatorio de TIF versus dosis optimizadas de PPI. Con TIF se apreció una reducción significativa de los síntomas de GERD en 6 meses de seguimiento y la curación de los efectos del reflujo, a los 12 meses. Más de la mitad de los pacientes redujeron significativamente el consumo de PPI en comparación con su uso antes de TIF.

Stavropol Stavropoulos (USA), reconocido internacionalmente por sus trabajo pionero en la miotomía endoscópica por vía oral (POEM), trató de algunas variaciones en la técnica POEM en la enfermedad de reflujo esofágico.



Stavropol Stavropoulos (USA)

Rita Conigliaro (Italia) trató de la diverticulotomía endoscópica y la diverticulotomía transaxilar robótica del divertículo de Zenker, comparando ambas técnicas.

Señaló que la robótica tiene unas dificultades técnicas que requieren un conocimiento y una habilidad específicos y no es fácil de aplicar en personas mayores, sin embargo, es un procedimiento seguro y factible y constituye todo un reto técnico. Complementa a la endoscopia y puede ser muy útil para grandes divertículos. Se necesitan más estudios prospectivos multicéntricos.



Rita Conigliaro (Italia)

#### SIMPOSIO: ENDOSCOPIA ENDOLUMINAL Y PROYECTO COMPARTIDO CON ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (EUS)



Joaquín Balsells (Barcelona)

#### CONFERENCIA ESPECIAL

Ante una mesa moderada por los doctores Joaquín Balsells y Alberto Testoni, el doctor Sang Soo Lee (S. Korea) ofreció una conferencia especial en la que trató del drenaje de la vesícula biliar guiado por (EUS) y sus resultados a largo plazo. En terapia quirúrgica la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección. El riesgo de mortalidad para los pacientes va de 0,7 a 2%. En los de alto riesgo de 14 a 30%. En terapia no quirúrgica está la terapia médica y el drenaje de la vesícula cuando no hay respuesta a la terapia médica. Ésta puede servir de puente o de terapia definitiva. El drenaje de la vesícula biliar guiado por EUS es una buena opción alternativa en pacientes con colecistitis aguda, con enfermedad crítica o comorbilidad severa, como preludeo a la colecistectomía quirúrgica. También para eliminar cálculos biliares y para colecistectomía.



Sang Soo Lee (S. Korea)

#### ERCP

El siguiente bloque de intervenciones estuvo dedicado a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP). En primer lugar, el doctor Miquel Masachs (Barcelona) habló de la profilaxis y tratamiento de la hemostasia endoscópica después de una

esfínterotomía sangrante usando stents metálicos cubiertos que es una terapia efectiva que consigue detener el sangrado y resulta muy útil para controlarlo y prevenirlo en aquellos pacientes que tengan problemas de coagulación.



Miquel Masachs (Barcelona)

Por su parte, el doctor Per-Ola Park (Suecia) dijo que la ERCP es una técnica exigida para pacientes con el tracto gastrointestinal superior alterado y que necesitará una gran cantidad de recursos en el futuro.

Milutin Bulajic (Serbia) presentó complicaciones típicas y atípicas de ERCP. Entre las primeras está la pancreatitis, hemorragia, infección (colangitis, colecistitis), complicaciones cardiopulmonares y perforación. Las menos típicas son menos frecuentes.

Respecto a las técnicas a usar para el sangrado, recomendó los métodos más fácilmente disponibles y los que se ajusten a las preferencias y experiencias personales. Con frecuencia existen dificultades para localizar el lugar concreto del sangrado. Ante sangrados clínicamente severos se recomienda utilizar terapias combinadas.

En cuanto al manejo de ERCP en las perforaciones se puede recurrir al tratamiento médico o al tratamiento endoscópico. El doctor Bulajic concluyó que ERCP sigue siendo un procedimiento endoscópico que comporta un alto riesgo.



Milutin Bulajic (Serbia)

Mariano Giménez (Argentina) habló de las lesiones del conducto biliar durante la colecistectomía laparoscópica y del enfoque percutáneo en dichas lesiones. Debe realizarse inmediatamente o mucho tiempo después de la operación (colecistectomía).

El papel del tratamiento percutáneo es reparar los fallos de la cirugía durante el periodo postoperatorio, mejorar la condición de la zona hiliar y el bienestar general del paciente. El tratamiento "definitivo" suele ser generalmente el quirúrgico y hay que disponer de un buen mapa del conducto biliar. Los pasos a seguir serían: lesión del tracto biliar-hepaticoyeyunostomía-drenaje percutáneo-stent biodegradable (con un éxito del 84,6%).



Mariano Giménez (Argentina)

La endomicroscopia confocal es factible para lesiones de los quistes pancreáticos mediante una aguja 19 G. También puede ayudar a distinguir las lesiones mucinosas de las no mucinosas. Puede estar limitada por la baja calidad e las imágenes.



Jean Escourrou (Francia)

Jean Escourrou (Francia) explicó la necrosectomía pancreática endoscópica en la pancreatitis necrótica con seria infección aguda. Es una infección que ocurre en 40-70% de los casos, con alto riesgo de fallo multiorgánico (MOF) a despecho de la terapia antibiótica. La mortalidad es alta (30-50% de los casos). Los tratamientos recomendados son: laparotomía, laparoscopia, drenaje percutáneo, recientemente también la endoscopia, o una combinación de varios. La necrosectomía endoscópica temprana contempla un nuevo método de desbridamiento interno. Es seguro y efectivo en pocas sesiones y constituye una corta y no invasiva ruta para la necrosis bajo control visual. Al mismo tiempo se pueden tratar otras lesiones como: cálculos, estenosis o fístulas. El enfoque multidisciplinar puede ser una nueva técnica prometedora.

Como señaló L.V. Shumkina (Rusia), en los últimos treinta años el número de pacientes con pancreatitis aguda y crónica se ha doblado en el mundo y del 10-18% de éstos se complican con el desarrollo de quistes pancreáticos. El tratamiento endoscópico de los pacientes con seudoquistes pancreáticos puede realizarse con las indicaciones correctas y las técnicas adecuadas. Es imprescindible una correcta selección de pacientes, una selección del tipo de stents que se va a utilizar, también hay que elegir cuidadosamente la punción adecuada para evitar la lesión sangrante de los vasos, tener suficiente espacio para la manipulación en el interior del estómago o del duodeno y retirar los stents uno o dos meses después del tratamiento.



Miguel Muñoz Navas (Pamplona)

Tratamiento endoscópico de las estenosis biliares en el trasplante hepático fue el tema abordado por Miguel Muñoz Navas (Pamplona) que indicó el tratamiento endoscópico para esos casos con balón de dilatación, stents plásticos o stents de metal cubiertos. La endoterapia es aplicable en la mayoría de casos de estenosis biliares benignas. La mejor opción siguen siendo los stents de plástico múltiples, con buenos resultados a largo plazo (>85%). Se puede proponer como tratamiento de primera línea stents metálicos autoexpandibles (SEMS) cubiertos y hepatoyunostomía quirúrgica en caso de fallo.

También pueden tener un papel importante los SEMS desmontables cubiertos. Serían necesarios estudios aleatorios multicéntricos. Asimismo, hay que considerar los magnetos y la radiofrecuencia.



Helga Bertani (Italia)

La doctora Helga Bertani (Italia) trató de una nueva técnica de imagen, la endomicroscopia confocal que ha demostrado gran sensibilidad y especificidad en el esófago de Barrett displásico y en pólipos colónicos.



L.V. Shumkina (Rusia)

# SIMPOSIO-CENA DE BIENVENIDA

Como viene siendo habitual en este encuentro, el Museo CosmoCaixa acogió la celebración del Simposio-Cena de Bienvenida, una reunión que este año fue especialmente emotiva puesto que el Colegio de Médicos de Barcelona acababa de distinguir con un reconocimiento especial a la Unidad de Endoscopia Digestiva del Hospital Vall d'Hebron, liderada por el doctor José Ramón Armengol-Miró y cuyo actual jefe de Servicio es el doctor Joan Dot. Precisamente, durante el transcurso de la cena, maestro y discípulo intercambiaron unas emotivas palabras que recibieron el caluroso aplauso de los asistentes. Entre ellos, se encontraba el entonces consejero de Sanidad de Cataluña, Boi Ruiz, que aprovechó la ocasión para trasladarles su enhorabuena a ambos y, por supuesto, al Servicio en su conjunto.

En esta tradicional cena, que un año más estuvo presidida por José Ramón Armengol-Miró y su colega italiano el doctor Alberto Montori, no faltaron las conferencias magistrales. En esta ocasión, corrieron a cargo de los doctores Sergei Kantsevov y Eduardo Targarona en un encuentro que fue moderado por los doctores Kiyokazu Nakajima, Liu Bing-Rong, Marco Frascio y Antonio J. Torres García.

De un lado, el doctor Targarona reflexionó acerca de qué significa ser cirujano endoscópico y destacó el carácter visionario e innovador de muchos de estos especialistas. También hizo hincapié en su perseverancia, en su capacidad docente y en su carácter, en ocasiones, disruptivo, ya que a menudo tienen que romper con lo conocido hasta el momento.

De otro, el doctor Kantsevov quiso compartir con los asistentes cuál era su idea de cómo debía ser la Unidad de Endoscopia del siglo XXI y para ello mostró imágenes de su día a día en el hospital de Maryland en el que trabaja. En su opinión, el paciente ya no es un enfermo sino un cliente y hay que proporcionarle algo más que asistencia, hay que ofrecerle confort, un espacio amigable en el que se encuentren a gusto tanto él como sus familiares que, subrayó, "son potenciales clientes". Por supuesto, estas Unidades deben obtener excelentes resultados y ofertar una amplia variedad de procedimientos.



El doctor Boi Ruiz durante su intervención en el acto.



Boi Ruiz y José Ramón Armengol-Miró brindan con los asistentes a la Cena Simposio por el éxito de la próxima edición, "la Décima".



Eduardo Targarona.



Mesa presidencial: Marco Frascio, Antonio J. Torres, José Ramón Armengol-Miró, Alberto Montori, Kiyokazu Nakajima y Liu Bing-Rong.



Sergey Kantsevov.



Aspecto de la Sala.



José Ramón Armengol-Miró durante su intervención.



Alberto Montori y Eduardo Targarona.



José Ramón Armengol-Miró y Boi Ruiz.



Pedro Menchén, Miguel Muñoz Navas y Germán Alonso Maillo.



Felipe Martínez Alcalá y Daniel Delgado.



Suvranu De y Senol Carilli.



Aspecto de una de las mesas durante el Simposio.



Stavropol Stavropoulos y José Ramón Armengol-Miró.



Mohamed El-Khattabi y Felipe Martínez Alcalá.



Ramón Martori, Antonio J. Torres y Raquel Morán.



Kiyokazu Nakajima y Marco Frascio.



Sergei Kantsevov, Nina Malyutina y Zhou Ponghong.



Especialistas italianos asistentes al Curso.



Boi Ruiz y Ángeles Bresca.



Aspecto de la Sala (cóctel).



Sarbello Rodríguez, Beatriz Búrdalo, Pedro Menchén, Muñoz Navas y Germán Alonso.



Guillermo Domínguez, Jesús Ortiz, Alberto Testoni, Eduardo Segal y Roberto Foguel.



Raquel Morán y Leopoldo López Roses.



Imagen de un grupo de participantes en el evento.



Jorge Arroyo, Stavropol Stavropoulos, Per-Ola Park y Maria Bergström.



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



Emilio de la Morena, Jesús Espinel y Pedro Menchén.



Antonio J. Torres, Manel Armengol y Juan X. Comella.



José Ramón Armengol-Miró y Alberto Testoni.



Grupo de asistentes chinos; en el centro, Zhou Pinghong, Bing-Rong Liu y Mein-Dong Xu.



Miquel Masachs y Ramón Martori.



Boi Ruiz, Ángeles Bresca y Martínez Ibáñez.



Joan Dot, Monder Abu Suboh y Jordi Armengol.

## Instantáneas de la visita guiada al Museo de la Ciencia CosmoCaixa





Segunda jornada. Martes

# MESA DE NOTES CLÍNICO



Conferencia Magistral: Antonio J. Torres García en un momento de su intervención.

## SESIÓN 3 CONFERENCIA MAGISTRAL

Ante una mesa, presidida por Marco Frascio (Italia), Alberto Montori (Italia), Alberto Ferreres (Argentina) y Guillermo Domínguez (Argentina), Antonio J. Torres (Madrid) pronunció una conferencia magistral sobre "Cirugía mínimamente invasiva. ¿Cuál es la realidad después de 25 años? Empezó diciendo que el cirujano debe ser algo más que un médico y no algo menos y que la cirugía es un acto que conlleva imagen y manipulación y que una resección y reparación.



Alberto Montori (Italia)

El doctor Torres trazó una pequeña historia de la Cirugía, de sus progresos y de sus hitos, de la evolución de los instrumentos (imanes, bisturíes electrónicos, endograpadoras), de las fuentes de energía (ultrasonido, bipolar, etc.) y de todos los descubrimientos que contribuyen a su evolución (suturas nuevas, sellantes biológicos, células madre). Se preguntó que será lo próximo y si ahora disponemos de cirugía laparoscópica, cirugía endovisceral y cirugía transluminal afirmó que en el futuro se perfila como una realidad NOTES y, posiblemente, los mini-robots. Dijo que aparecerán nuevas tecnologías y que será imprescindible la colaboración de la Industria. Será necesario controlar y disminuir en lo posible el riesgo para el paciente y adaptar el método a éste y no el paciente al método. Terminó diciendo que "ahora no es el fin, no es el principio del fin, pero quizás sea el fin del principio".

Alberto Ferreres (Argentina) indicó que la apendectomía puede realizarse mediante la cirugía abierta tradicional o con laparoscopia mínimamente invasiva con parecido éxito. La elección de la técnica dependerá de la experiencia del cirujano y de las posibilidades y recursos del centro hospitalario donde se realice. La laparoscopia se utiliza generalmente para mujeres jóvenes, pacientes obesos y personas de uno u otro

sexo con diagnóstico equivoco; puede ser todo un desafío en los casos de apéndice complicado o de perforación en los que hay que pasar a cirugía abierta (25% de los casos). Ferreres se preguntó quién debe decidir sobre el valor de uno u otro procedimiento, teniendo en cuenta que las ventajas clínicas de la laparoscopia frente a la cirugía abierta siguen siendo objeto de controversia.



Alberto Ferreres (Argentina)

En su opinión, la elección del tratamiento debe basarse en las preferencias del cirujano y del paciente y la mejor cirugía es la que suma la experiencia del tratamiento con la experiencia del cirujano. Lo ideal es un tratamiento hecho a medida para la enfermedad ya que la apendicitis aguda incluye un millón de complicaciones y presentaciones evolutivas.

Rafael Villalobos Mori (Lleida) habló de la cirugía de mínima incisión, afirmando que una pequeña incisión produce menos estrés operatorio por lo que se ha venido luchando para reducir el tamaño de las incisiones y así surgió la cirugía de incisión mínima. Esta cirugía, por su sistema de visión o por el campo quirúrgico y su técnica, evita o minimiza los grandes cortes requeridos por la cirugía convencional o abierta.

La cirugía de incisión mínima agrupa un conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que utiliza las vías naturales del cuerpo humano o pequeñas incisiones para insertar los instrumentos por visión directa endoscópica o cualquier otro sistema de visión.



Rafael Villalobos Mori (Lleida)

Lo que ahora está en discusión es cómo se ha de hacer la selección de pacientes, cuáles han de ser las técnicas de incisión, la extracción del espécimen y las técnicas de cierre y comprobar la seguridad de esa cirugía.

Alberto Ferreres (Argentina), en una segunda intervención, explicó que las tres mayores complicaciones del abordaje transvaginal son: la lesión rectal, el sangrado de la bolsa omental y el absceso intraabdominal. Con NOTES el acceso es seguro, con excelentes resultados, pocas complicaciones e impacto negativo en el aspecto ginecológico y sexual. Se puede considerar NOTES híbrido frente a NOTES puro por cuestiones de seguridad del paciente quirúrgico. El actual "estándar de oro" es la colecistectomía laparoscópica convencional.

Marco Frascio (Italia) planteó el tema del humo quirúrgico en la cirugía endoscópica y de si es un peligro real. El humo puede ser generado por electrocirugía, láser o equipamiento ultrasónico. La pregunta es si realmente existe una clara evidencia de que representa un peligro para la salud como lo atestiguan muchas organizaciones y profesionales.

Las medidas recomendadas para paliar sus efectos son: extraer el humo mediante un sistema de evacuación para los procedimientos abiertos y otro para la cirugía mínimamente invasiva, colocar dispositivos de captura cerca de la fuente de humo, utilizar un sistema de evacuación fácil

de usar, que pueda activarse con el pie o automáticamente, que sea portátil y accesible, con indicadores de los cambios que se produzcan, eficiente y de bajo coste. También se recomiendan medidas de protección individuales y disminuir la concentración de patógenos en el quirófano.



Marco Frascio (Italia)



Francesc Vallribera (Barcelona)

Francesc Vallribera (Barcelona) abordó los últimos avances en la cirugía radical de cáncer de recto como la microcirugía endoscópica transanal (TEM) y sus nuevas aplicaciones. Éstas son el tratamiento transanal de ADK T1 y T2 NG, las estenosis rectales y la estenosis total mesorectal híbrida. Los avances en la cirugía radical de cáncer de recto comprenden la resección local, la exéresis total mesorectal transanal asistida, el tratamiento de estenosis rectales y el desbridamiento transanal de abscesos pélvicos.



Enrique Castillo, Leopoldo López Roses y Felipe Martínez Alcalá.



Sandra Castro, Pedro Alonso Aguirre y Alberto Montori.



Senol Carilli (Turquía)

Senol Carilli (Turquía) habló del tratamiento de la hernia inguinal que supone un riesgo de por vida en un 27% de hombres y un 30% de mujeres. La reparación laparoscópica supone menos dolor, una recuperación más rápida, una buena realación coste-efectividad y un menor número de reparaciones.

#### SESIÓN 4 LECTURAS ESPECIALES

Sergey Kashin (Rusia) presentó el papel que juegan las técnicas ablativas en el tratamiento del esófago de Barret (BE) en relación con la neoplasia con ablación o sin ablación. Las nuevas tecnologías endoscópicas de imagen son capaces de mejorar la detención de la displasia y del cáncer temprano y, junto con las terapias endoscópicas de erradicación, han ampliado las opciones terapéuticas para el BE y la neoplasia mucosa. Ahora los temas pendientes son: conocer las indicaciones precisas, la seguridad y la efectividad de estas tecnologías y las complicaciones y riesgos que suponen para el paciente.



Sergey Kashin (Rusia)



Guillermo Domínguez (Argentina)

Guillermo Domínguez (Argentina) trató de los graspers magnéticos para reducir puertos en cirugía y habló de la cirugía sin huella, la colecistectomía sin huella y de los imanes en cirugía mínimamente invasiva. Las indicaciones para éstos son todas las especialidades, la cirugía convencional, la laparoscopia tradicional, la minilaparoscopia de puerto único con un solo trocar y NOTES.

El índice de masa corporal ha de ser igual o menor que 40 y se pueden usar a partir de los 5 años. Las ventajas de esta técnica son que ofrece una mayor coordinación entre ojo y mano y una mayor precisión, tiene un bajo costo, respeta el medio ambiente, permite que no se crucen las manos, excepto el imán interno que es desechable todos los demás son reutilizables, evita el sangrado de la pared y el derrame de bilis y piedras, tiene un 100% de eficacia y no presenta complicaciones. Las contraindicaciones absolutas serían quizás para los pacientes con marcapasos. Las relativas, en casos de embarazo y obesidad.

El grasper magnético previene las complicaciones por el uso de trócares. Los dispositivos se han ido mejorando pero, desde luego, es necesario un entrenamiento para manejarlos.



Rajesh Gupta (India)

Rajesh Gupta (India) explicó la onda de choque litotricia extracorpórea (ESWL) para los cálculos difíciles de las vías biliares. Cuando se trata de la extracción de grandes cálculos del conducto biliar la laparoscopia debe dejar paso a la cirugía para los casos más graves. Si no se consigue la extracción completa hay que recurrir al drenaje biliar.

#### SESIÓN 5 ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA ENDOLUMINAL LECTURAS ESPECIALES

Suvranu De (USA) presentó la validación preliminar de un entrenador virtual de cirugía endoscópica transluminal. VTEST es el primer simulador de realidad virtual para la cirugía endoscópica transluminal a través de orificios naturales (NOTES). Fue desarrollado para entrenar a los cirujanos en el procedimiento de colecistectomía transvaginal con NOTES híbrido. Se hizo un estudio de evaluación preliminar para comprobar la validez del VTEST (NOSCAR 2013) y se estableció la validez del simulador de realidad virtual de NOTES. En la actualidad se está mejorando el VTEST basándose en la retroalimentación.

Serbelio Rodríguez (Madrid) explicó el estado actual de la ESD en Europa, mostrando varios videos sobre su experiencia personal. Se preguntó en qué proporción se ha curado a los enfermos con esta técnica y expresó su satisfacción en lo que se refiere al estómago ya que ha hecho disminuir la tasa de lesiones precoces. En cuanto al cáncer está por ver. Otro interrogante se plantea en cuanto a si es mejor utilizar las tijeras o el bisturí. En su opinión, habría que elegir el instrumento que mejor resulte para cada profesional y personalmente es partidario de usar el bisturí para la resección endoscópica y después las tijeras.

Asimismo, Mei-Dong Xu (R.P. China) habló del tratamiento endoscópico de las complicaciones con las diferentes técnicas de resección endoscópica, especialmente la resección endoscópica de espesor total (EFTR). Respecto a los cuidados postoperatorios señaló que son de 1 a 5 días, que el paciente debe mantenerse semi reclinado cuando sea necesario, se recomiendan antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, agentes protectores de la mucosa y un seguimiento a los 1, 2, 4, 6 y 12 meses después de la operación. La clave del éxito del tratamiento EFTR es el cierre de la pared después de la resección para prevenir una peritonitis y posibles intervenciones quirúrgicas. El método de cierre debe basarse en el tamaño del defecto y en la habilidad de quien lo realiza. Mei-Dong Xu señaló que la endoscopia submucosa es una nueva frontera. La mucosa es protectora y la submucosa es un espacio para trabajar. Con referencia a POEM, dijo que las indicaciones son estenosis hipertrófica pilórica, gastroparesis refractaria y obstrucción de la salida gástrica después de la cirugía. En el futuro se perfilan nuevas perspectivas para POEM.

#### MISCELÁNEA BILIOPANCREÁTICA

El manejo endoscópico del colangiocarcinoma fue el tema abordado por Rajesh Gupta (India). Aunque también se considera la cirugía curativa, el tratamiento endoscópico es efectivo para tumores resecables. Las ventajas de la endoscopia en el colangiocarcinoma comprenden el diagnóstico endoscópico, la paliación endoscópica y la terapia endoscópica adyuvante.

Mariano Giménez (Argentina) explicó que nos encontramos ante un "nuevo teatro de operaciones" y abordó las opciones de tratamiento resecable en cáncer biliar-pancreático. Señaló que el estado funcional es más importante que el alcance de la enfermedad a la hora de tomar decisiones sobre la paliación, que el bypass o el stent son mejores que la resección R2 y que el mejor tratamiento para la paliación de la ictericia son los stents metálicos.

Serbelio Rodríguez (Madrid) mostró un video para ilustrar el estado actual de la coledoscopia en las estenosis biliares. La coledoscopia por vía oral con videoscopia de visión frontal es factible en la mayoría de los casos, ofrece ventajas al compararla con el procedimiento realizado con endoscopios especializados ultradelgados y no presenta complicaciones.



Sarbelio Rodríguez (Madrid)

Leonardo Sosa (Venezuela) cerró el bloque dedicado a los problemas biliopancreáticos hablando de nuevos hallazgos epidemiológicos en el páncreas graso por ecoendoscopia. Existen escasos estudios que hayan identificado factores de riesgo para la esteatosis pancreática empleando ecoendoscopia.

Los hallazgos encontrados concuerdan con lo informado recientemente en otros estudios internacionales en los que la esteatosis hepática fue el predictor de mayor fuerza para encontrar en la ecoendoscopia páncreas hiperecogénico. Sin embargo, un último estudio ha encontrado una asociación dos veces mayor a la previamente importada.



Leonardo Sosa (Venezuela)

#### SESIÓN 6 MESA OBESIDAD

Roberto Foguel (USA-Venezuela), Antonio J. Torres García y Jaume Boix Valverde moderaron la mesa.



Jaume Boix (Badalona)

#### CONFERENCIA MAGISTRAL CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA. ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS?

Este fue el tema de la conferencia magistral que pronunció Antonio J. Torres García. El doctor Torres inició su ponencia con la penosa evidencia de que España ya supera a Estados Unidos en obesidad infantil. Este aumento en los índices de obesidad -también en adultos- ponen en primer plano de importancia a la cirugía bariátrica y la cirugía metabólica. Recordó que el doctor J. Payne fue quien acuñó el término "obesidad mórbida" situando el exceso de peso en el apartado de patologías severas. Respecto a la cirugía metabólica ya se dijo en 1978 que "la manipulación operatoria de un órgano normal o un sistema de órganos para lograr un resultado biológico es una ganancia potencial para la salud". La obesidad se ha considerado la consecuencia de un excesivo consumo de calorías pero ya hace tiempo que se habla de un origen genético de la enfermedad por la carencia de una sección de ADN en las personas obesas. Asociadas a la obesidad aparecen otras muchas enfermedades que pueden afectar al corazón, sistema vascular, sistema respiratorio, hepatobiliar, endocrino-metabólico, locomotor y otros. Los efectos beneficiosos de la cirugía bariátrica se manifiestan como un potencial mecanismo de mediación/modulación en la obesidad.

Torres García afirmó que el futuro debe contemplar primordialmente la prevención de la obesidad y que será preciso trabajar todos juntos para conseguirla.

Roberto Foguel (USA-Venezuela) comentó un nuevo tratamiento laparoscópico para la obesidad: el clamp gástrico, para tratar la superobesidad. Esta especie de abrazadera permite formar un reservorio gástrico vertical. Consiste en una pinza formada por dos placas articuladas en su extremidad inferior, con un sistema de cierre automático en la parte superior. El instrumento se puede fijar a la pared gástrica y sustituye a las grapas metálicas que se eliminan en un 15-20 % de pacientes.



Roberto Foguel (USA-Venezuela)



J. M. Balibrea (Barcelona)

J. M. Balibrea (Barcelona), dijo que no es fácil elegir un tratamiento para la obesidad, desde una dieta restrictiva hasta la cirugía de bypass gástrico. La más común es un bypass gástrico ROUX-en-Y (RYGBP) que, según Balibrea, es un tratamiento de elección por su seguridad y rentabilidad (coste-beneficio). En cualquier caso, se ha de ir paso a paso y los resultados dependerán de la estrategia elegida. Teniendo en cuenta el aspecto genético de la obesidad, la gran pregunta es: ¿Cómo se puede modificar la expresión génica desde fuera? Según Balibrea, después de la cirugía bariátrica se pueden conseguir cambios de metilación del ADN. Lo importante es definir bien lo que se llama "fallo" o "fracaso" de un tratamiento y no caer fácilmente en el desaliento.

Con un video sobre técnicas y soluciones de las complicaciones en el drenaje biliopancreático se puso fin al 9º Curso Internacional de NOTES-WIDER-BARCELONA.



Louis de Giau, Felipe Martínez Alcalá, Jaume Boix y Joan M<sup>o</sup> Pou.



Sarbelio Rodríguez, Leopoldo López Roses y Francisco Pellicer.



Fernando Rojas, José Carlos Salord, Eduardo Piñeiro y Jaume Boix.



Enrique Castillo, Manuel De la Iglesia y Pedro Menchén.



Albis Hani, Leonardo Sosa, Roque Sáenz y Jesús Ortiz.



Rajesh Gupta y Mariano E. Giménez.



## ENTREVISTA

**Doctor**  
**José Ramón Armengol-Miró**

**Director del Instituto WIDER-BARCELONA**

**“El año que viene, celebraremos el décimo Curso; detrás de estos diez años hay mucho sacrificio, no sólo económico, que eso siempre lo hemos solucionado, sino de trabajo”**

**¿Qué contenidos destacaría de la edición de este año?**

Una vez más, en el Curso hemos avanzado en cuestiones muy específicas, por ejemplo, en las nuevas técnicas de POEM, es decir, del tratamiento de la acalasia por vía endoscópica. Estas técnicas permiten reducir el tiempo necesario para realizar la intervención por debajo de la hora, mientras que con la cirugía laparoscópica convencional estamos hablando de dos y hasta de tres horas. No cabe duda de que estas nuevas técnicas se están imponiendo en todo el mundo. Ya hay series muy amplias que muestran que no hay diferencias en cuanto a eficacia y complicaciones y sí ventajas. En el grupo chino, por ejemplo, cuentan ya más de 1500 casos y seguimiento con la POEM. También en Japón, el doctor Inue, por ejemplo, tiene una amplia experiencia. No es una técnica fácil, es cierto, pero con un buen adiestramiento y conocimiento de la disección submucosa y de otras técnicas de tunelización se puede hacer sin dificultad. Estoy seguro de que se impondrá en un futuro no muy lejano.

Por otro lado, también hemos revisado las nuevas técnicas de resección en full thickness, es decir, de resección de todas las capas del intestino, del esófago y del estómago mediante técnicas muy sofisticadas. El doctor Kantsevov ha diseñado un instrumento que es como un paraguas que se coloca en el interior del endoscopio y permite la triangulación, la utilización de instrumentos y pinzas con un endoscopio tradicional.

Con respecto a nuevas tecnologías, no hay, pero sí tenemos tecnologías que se van modificando y van avanzando. En NOTES se van haciendo cosas, aunque siempre en el mismo terreno, el de la combinación de cirugía y endoscopia, asistiendo la primera a la segunda y viceversa.

En endoscopia, concretamente, donde más se está avanzando es en la vía biliar y pancreática. La combinación de la ecoendoscopia y la endoscopia convencional permite realizar terapéuticas a nivel de la vía biliar y pancreática que antes no eran posibles. Nosotros llevamos ya tiempo trabajando con estas técnicas que vemos que se están consolidando

porque cada vez hay más centros que las realizan y más experiencias. Cabe reconocer que gracias al impulso del NOTES esto se ha desarrollado más.

**Este año, supongo que ha sido especial porque la reunión ha coincidido con el reconocimiento de su Servicio de Aparato Digestivo-Endoscopia del Vall d'Hebron como centro de excelencia por parte del Colegio de Médicos de Barcelona.**

Así es. Ha sido un honor poder recoger este premio en nombre de todo el Servicio que, por cierto, estuvo ampliamente representado en nuestra Cena de Bienvenida. Además, este reconocimiento es especialmente emotivo y agradable porque se lo conceden a todos y no a uno solo y eso hace que todo el mundo esté contento y se sienta premiado por su trabajo.

**Además, ha coincidido con el nombramiento del doctor Dot como nuevo jefe de servicio, ¿qué ha supuesto para usted?**

Estoy muy orgulloso porque el doctor Dot es casi como mi hijo y lleva a mi lado muchos años. De hecho, hace ya mucho tiempo que delegué en él todo el trabajo administrativo del Servicio. El que haya obtenido la plaza ha sido algo que hemos festejado todos.

**El año que viene, se celebrará la décima edición del Curso WIDER-BARCELONA, ¿cómo se plantean este aniversario?**

Efectivamente, se cumplirán diez años y esto es siempre algo bonito. Las fechas ya están fijadas, será el 21 y el 22 de noviembre. Detrás de estos diez años hay mucho sacrificio, no sólo económico, que eso siempre lo hemos solucionado, sino de trabajo. Cada año vienen aquí expertos de todo el mundo que, además, casi siempre repiten. Con motivo del décimo aniversario esperamos que todos los que han asistido hasta ahora se den cita un año más. No pretendemos ser muchos más de los que hemos sido hasta ahora porque este no es un congreso multitudinario, aunque sí muy especializado, al que asistimos amantes y expertos en la materia que queremos seguir estando al día.

**¿Qué diferencia a este encuentro de otros?**

Este es especial en cuanto al trato y a la amistad que profesamos a nuestros invitados. Sinceramente, creo que somos buenos anfitriones. Todo congreso científico comporta tres vertientes: la enseñanza, el aprendizaje y la relación entre quienes enseñan y aprenden. De este Curso han salido no pocas colaboraciones de trabajo y ese es uno de nuestros objetivos. En esta reunión hay muchos “ingredientes” y diría que aquí hacemos una buena “cocina”. Había un cocinero francés que decía: “No hay buena política sin una buena cocina”. Bien, yo diría que “no hay una buena endoscopia sin una buena cocina”.



## ENTREVISTA

Doctor  
Joan Dot Bach

Codirector del 9º International NOTES WIDER-BARCELONA.  
Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona

### “Me gustaría que hubiera más casos en vivo”

Recientemente nombrado codirector de este encuentro, en el que lleva participando desde sus orígenes, ¿qué ha supuesto para usted este reconocimiento?

*Me siento muy orgulloso. Pienso que el doctor Armengol-Miró ha sido muy generoso al hacerme codirector del Curso. De alguna manera, mi misión no ha cambiado y sigo desempeñando las mismas tareas que venía haciendo hasta la fecha, relacionadas sobre todo con la organización de los casos en vivo.*

¿Cómo le gustaría que fuera la evolución del WIDER a partir de este momento?

*Me gustaría que hubiera más casos en vivo y, sobre todo, más médicos del panorama internacional que vinieran a hacerlos. La parte científica está muy bien, pero los asistentes agradecen que haya casos en vivo.*

¿Es este uno de los puntos fuertes de este encuentro?

*Sin duda, ese y la presencia de reconocidos expertos del ámbito internacional. Ambos son los puntos fuertes del Curso y, de hecho, son los que le dan prestigio, sin olvidarnos, por supuesto, de los expertos nacionales que también vienen aquí. Por otro lado, aquí convergen endoscopistas y cirujanos y eso tampoco es frecuente encontrarlo en otras reuniones, por lo que estamos ante otro aliciente adicional muy importante.*

¿Cómo repercute la celebración de este encuentro en el Servicio de Endoscopia del Vall d'Hebron?

*Evidentemente, organizar un curso internacional como este, del que ya llevamos nueve ediciones, contribuye al prestigio del Servicio, no cabe duda.*

¿Es complejo encontrar novedades de un año para otro en un campo tan específico como el que se trata en este Curso?

*Siempre hay nuevas técnicas o en su defecto modificaciones de técnicas ya existentes que podemos tratar aquí. Por otro lado, este es un curso que dura dos días por lo que no da tiempo a abordar todo lo que se ha hecho en un año en este campo. Por eso, en unas ediciones nos centramos en unos temas y dejamos el resto para las posteriores. Siempre hay contenido novedoso o aspectos que conviene revisar.*



## ENTREVISTA

Profesor  
Kiyokazu Nakajima

Profesor e investigador del Departamento de Gastroenterología de la Universidad de Osaka. Japón

### “Más del 95% de los aparatos responden a las necesidades clínicas de los países avanzados, no de los países emergentes y en vías de desarrollo”

Hábleme de la colaboración entre la Universidad de Osaka y el AIIMS (All India Institute of Medical Sciences) de Nueva Delhi para el desarrollo de instrumentos médicos, concretamente endoscopios, low-cost.

*Es obvio que debemos investigar en el desarrollo de aparatos cada vez más sofisticados que permitan avanzar en la realización de técnicas como el NOTES, pero no olvidemos que los aparatos médicos que se encuentran en el mercado atienden a los requerimientos de los doctores americanos, japoneses, italianos, españoles, etc. Más del 95% de los aparatos responden a las necesidades clínicas de los países avanzados y no de los países emergentes y en vías de desarrollo. Como investigador creo que al tiempo que avanzamos en esas nuevas tecnologías que requieren los países desarrollados debemos también pensar en las necesidades de aquellos países que no pueden permitirse lo último en tecnología y trabajar en el desarrollo de instrumentos más asequibles.*

*Por eso, como investigador trabajo en el desarrollo de nuevos aparatos en NOTES pero también en el de instrumentos médicos que denominamos de “acceso universal” y que se caracterizan por ser más asequibles. No olvidemos que en países de África o en la India el NOTES prácticamente no existe. De hecho, incluso en los países desarrollados NOTES quizás no sea una realidad hasta dentro de diez años. Por eso, debemos atender a esas otras necesidades que no son las de los países más avanzados.*

¿Están entonces estos instrumentos low-cost pensados únicamente para los países en vías de desarrollo?

*Bueno, en realidad no. Ya estamos viendo cómo los países desarrollados se enfrentan también a problemas de sostenibilidad. Así sucede en Japón o en Estados Unidos y posiblemente en España esté pasando igual. Esto nos hace pensar que estos aparatos low-cost también podrían ser útiles en estos países.*

De esa colaboración de la que hablábamos ha surgido el desarrollo de un endoscopio portátil low-cost.

*Sí, para ello he trabajado conjuntamente con médicos e ingenieros indios. Se trata de un endoscopio portátil que incluye una fuente de luz, un insuflador de aire y un vídeo procesador cuyo tamaño hemos reducido mucho.*

¿Cuáles son sus principales ventajas?

*Es un aparato asequible que puede transportarse fácilmente. Muchas veces no necesitamos grandes torres de endoscopia que son demasiado grandes y demasiado caras porque incorporan funciones que a menudo no utilizamos. Pensamos que un endoscopio pequeño o de tamaño medio puede ser de gran utilidad en muchos casos. En India, por poner un ejemplo, la electricidad fluctúa mucho y eso dificulta el uso de una torre de endoscopia.*

¿En qué fase de desarrollo se encuentra este endoscopio portátil low-cost?

*Se trata de un prototipo que hemos probado, por el momento, en animales y en cadáver. Los resultados están siendo muy satisfactorios y pensamos que quizás en 5 años pueda estar ya disponible. Creemos que será muy útil en países como India, pero, como le decía antes, también podrá serlo en otros como Japón o España, ya que no siempre es necesario emplear las grandes torres de endoscopia.*



## ENTREVISTA

**Profesor**  
**Eduardo M. Targarona**

Profesor del Departamento de Cirugía de la UAB y director de la Unidad de Cirugía Gastrointestinal y Hematológica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

### “El cirujano endoscópico es en general visionario, innovador y perseverante”

**Su intervención ha versado sobre la efectividad y seguridad de la cirugía del recto por laparoscopia, ¿de qué dependen?**

Esto es algo de lo que se viene hablando hace ya mucho tiempo porque la cirugía del recto exige de una distinción muy cuidadosa de toda la ampolla rectal. El recto está metido dentro de la pelvis menor y esto hace que, a veces, por la anatomía, por ejemplo, en un hombre alto, obeso o que tenga la pelvis más estrecha que la mujer, la disección de la parte baja sea más difícil. Esto es muy importante porque, desde un punto de vista quirúrgico, para poder asegurar que curas al paciente tienes que extirpar la pieza lo más intacta posible y como no tienes tacto durante la cirugía laparoscópica esto puede estar comprometido.

Este es un tema en discusión desde hace años.

**¿Hay novedades en este campo?**

Sí, recientemente han aparecido dos ideas nuevas que tenemos que ver si realmente funcionan. Una es el abordaje con el robot, que te permite llegar más abajo y a sitios más pequeños y, por tanto, disecar mejor, sin las limitaciones del abordaje laparoscópico de operar desde dos puntos fijos. La otra es el concepto que en este encuentro ha planteado el doctor Espín y que consiste en el acceso transanal. La idea es que a través del orificio anal puedes abrir la pared del recto y disecar la ampolla rectal desde abajo hacia arriba. Este es un concepto muy nuevo y rompedor, diferente a todos los conceptos quirúrgicos clásicos. Esto aún está empezando y hay que ver si es factible y seguro porque lleva más tiempo quirúrgico y técnicamente no es fácil, pero quizás permitiría obtener ampollas rectales cien por cien perfectas.

**¿En qué casos cree que estas nuevas técnicas podrían ser más útiles?**

En general, en estos pacientes se sabe que operar por laparoscopia es muy seguro, el problema es que hay pacientes técnicamente más difíciles en los que no podemos asegurar tan buenos resultados como en otros. En una mujer delgada y con una pelvis ancha, por ejemplo, el acceso es más fácil. Los problemas suelen darse en hombres altos y obesos. También puede influir la altura del tumor, aunque esto no es tan importante. Es en estos casos más complejos en los que estas nuevas técnicas podrían ser más útiles.

**Háblenos de su conferencia sobre que significa ser cirujano endoscópico.**

La cirugía endoscópica ha supuesto un cambio paradigmático sobre la forma de hacer y entender la cirugía en los últimos 25 años.

La gente que se dedica a este tipo de cirugía pienso que tiene unas características especiales, que no tienen por qué darse siempre, pero en general creo que se trata de personas visionarias, que no se conforman con lo que tienen sino que siempre están pensando en algo más, en mejorar y en convertir sus sueños en realidad. Son innovadoras y perseverantes. Además, como estamos hablando de técnicas complejas, tienen que enseñárselas a otros. Por otro lado, a veces tienen ideas disruptivas, es decir, que rompen con lo conocido hasta el momento, por ejemplo, el robot, que puede llevar a que un cirujano opere desde un sitio distinto al que se encuentra el paciente; o el NOTES, que ha llevado a hacer cirugías por vías diferentes a las que estábamos acostumbrados.



## ENTREVISTA

**Doctor**  
**Antonio J. Torres**

Codirector del 9º International NOTES WIDER-BARCELONA.  
Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico San Carlos de Madrid

### “La cirugía robótica aún tiene que ser optimizada para que sea de uso generalizado”

**¿Cómo ha sido, en su opinión, la evolución de este Curso hasta este momento?**

El objetivo desde el principio ha evolucionado con la intención de colocar al paciente en el centro para que sea diagnosticado y tratado de forma poco invasiva mediante endoscopia, cirugía laparoscópica y cirugía a través de orificios naturales (NOTES). Así ha ido evolucionando este encuentro en el que cada año se discuten los asuntos más controvertidos en este campo en el que confluyen endoscopistas y cirujanos.

**Un año más, en su intervención, se ha referido a la cirugía de la obesidad. ¿Cómo ha cambiado ésta en los últimos nueve años, desde que tuviera lugar el primer Curso WIDER?**

La evolución ha sido espectacular. No debemos perder de vista que venimos de una cirugía por laparotomía, abriendo el abdomen. Hoy, sin embargo, ya hay muchos procedimientos que manipulan el tubo digestivo y ayudan a mejorar la salud de los pacientes con obesidad mórbida por vía mínimamente invasiva, con

cirugía laparoscópica, cada vez con menos puertos y aparatos más pequeños y complementada por procedimientos endoscópicos. En la obesidad mórbida el abordaje debe ser multidisciplinar y es necesario tratarla desde muchos frentes, cirujanos, endoscopistas, gastroenterólogos, endocrinólogos, internistas, nutricionistas, psicólogos... todos contribuyen a que los pacientes mejoren.

**¿Qué es lo que está por venir en este campo?**

Estamos en un momento muy interesante, de nuevos desafíos que vendrán de la mano de la cirugía robótica, la cirugía en 3D, cambios de imagen, imagen en 4K... y que de alguna forma conllevan la incorporación de otros profesionales a los problemas de salud, profesionales como son ingenieros de imagen y sonido, arquitectos, expertos en tecnología avanzada... una suerte de especialidades que están en torno a la cirugía mínimamente invasiva.

**¿Es la cirugía robótica una realidad en la obesidad?**

Es una realidad en muchos casos, pero todavía tiene que ser optimizada para que sea de uso generalizado debido tanto al coste, para que sea más asequible, como a la formación de profesionales. Debemos también definir bien qué es lo que aporta en cada caso concreto.

**¿Es la cirugía de la obesidad una cirugía en auge actualmente en nuestro país?**

En España esta cirugía se realiza tanto en el ámbito privado como público, sin embargo, todavía es insuficiente. Se estima que sería necesario operar a unos 2 millones de personas y las cifras son actualmente de 7.000 operaciones anuales, luego hay un desfase muy significativo en este sentido.



## ENTREVISTA

### Doctor Sergey Kantsevoy

Institute for Digestive Health & Liver Disease.  
Mercy Medical Center. Baltimore. Maryland (EE.UU.)

## “Hoy en día, todas las perforaciones las solucionamos en el Servicio de Endoscopia”

**En esta ocasión, su primera intervención ha versado acerca del manejo endoscópico de la perforación del colon. ¿Es esta la complicación más temida?**

*Sí, desde luego, no hay duda de que esta ha sido y sigue siendo la complicación más temida. En el pasado, todos los pacientes en los que había perforación eran derivados rápidamente a cirugía, abierta o laparoscópica.*

**¿Y ahora? ¿Cuál es la tendencia?**

*En mi Instituto, hoy en día, estos pacientes ya no requieren cirugía. Todas las perforaciones las solucionamos en el Servicio de Endoscopia.*

**¿Cuál es actualmente la incidencia de perforaciones en procedimientos endoscópicos de screening y terapéuticos?**

*Bien, si hablamos de procedimientos de screening la incidencia es de aproximadamente una perforación por cada 1.000 pacientes. En Estados Unidos se realizan anualmente 14.200.000 colonoscopias no terapéuticas, luego estamos hablando de unas 14.200 perforaciones por esta causa.*

*En los procedimientos terapéuticos, lógicamente, la tasa es más elevada y depende del tipo de intervención.*

*Por ejemplo, en el caso de la resección endoscópica de la mucosa (EMR, por sus siglas en inglés) en fragmentos o “piecemeal” gira en torno al 1%. Si nos referimos a la disección endoscópica submucosa (ESD) el porcentaje de perforación alcanza el 5%.*

**¿Cómo se puede prevenir la perforación en estos casos?**

*Debemos ser muy diligentes y estar constantemente mejorando nuestras habilidades endoscópicas.*

**En su intervención ha defendido la sutura endoscópica frente a los clips en las perforaciones del colon, ¿cuáles son las ventajas de esta técnica?**

*La sutura endoscópica es técnicamente factible, es más eficaz que el cierre con clips y elimina la posibilidad de que tengamos que recurrir al rescate con cirugía. En mi opinión, las ventajas son obvias tanto desde un punto de vista clínico como desde un punto de vista económico. Hoy, lo habitual es que se recurra a la cirugía en perforaciones grandes y a los clips si estas son pequeñas, aunque nosotros utilizamos la sutura endoscópica para todo.*

**¿En qué consiste exactamente la sutura endoscópica y, más concretamente, el OverStitch™?**

*La sutura endoscópica permite aplicar puntos de sutura a la pared del tubo digestivo desde el interior sin necesidad de incisiones externas. En la actualidad, disponemos del dispositivo OverStitch™ de Apollo Endosurgery. Se trata de un suturador que se aplica en la punta del endoscopio, por lo que se puede acceder a prácticamente cualquier zona que sea accesible al propio endoscopio. Permite hacer sutura punto a punto o sutura continua. Entre la gran variedad de aplicaciones del OverStitch™ dentro del campo de la endoscopia se encuentra precisamente el cierre de perforaciones iatrogénicas en el contexto de una colonoscopia.*



## ENTREVISTA

### Profesor Alberto Montori

Profesor emérito Università di Roma  
La Sapienza. Roma. Italia

## “No debemos pensar nunca más en el ‘yo endoscopista’ o el ‘yo cirujano’ sino en el ‘nosotros’”

**Es usted uno de los asistentes más veteranos al WIDER-BARCELONA. ¿Qué le mueve a venir año tras año?**

*Esta es una reunión muy importante y lo es por diferentes motivos. En primer lugar, porque nos permite debatir acerca de los beneficios del NOTES en comparación con otras técnicas. Aquí analizamos cada intervención una por una y cuál es la más indicada en cada caso. Por otro lado, a esta reunión asisten expertos de todo el mundo, lo que sin duda enriquece el debate. Una misma intervención puede hacerse de muchas maneras, por ejemplo, quitar la vesícula, pero hay que ver cuál es la mejor.*

*En este caso, el de la vejiga, en la mujer es posible extraerla a través de la vagina, pero, sinceramente, en mi opinión, no creo que sea la mejor forma. Como este, hay muchos ejemplos, lo importante es poder debatir acerca de los pros y los contras en cada caso y esto es lo que nos permite esta reunión que, desde hace nueve años, organiza el doctor José Ramón Armengol-Miró. Cuando empezó el WIDER-BARCELONA, no olvidemos que NOTES estaba dando sus primeros pasos y por eso ha sido aún más importante.*

**¿Cómo cree que este encuentro contribuye a unir a cirujanos y endoscopistas?**

*Esto es lo más importante. No debemos pensar nunca más en el “yo”, el “yo endoscopista” o el “yo cirujano”, sino que debemos pensar siempre en el “nosotros” y trabajar juntos incluso durante las intervenciones, con equipos multidisciplinares. Esto es muy importante porque puedes ahorrar tiempo, pero es que además la interacción entre especialistas repercute en beneficio para el paciente y eso es fundamental. Debemos trabajar juntos y esta reunión contribuye precisamente a la colaboración entre especialistas.*

**¿Cree que, una vez ha tenido lugar esta reunión y todo el mundo está de acuerdo en que hay que trabajar mano a mano, esto se lleva a la práctica o se queda en una declaración de intenciones?**

*Buena pregunta. En mi experiencia, puedo afirmar que en nuestro hospital es una realidad. Me gustaría decir que en el resto también es así y eso pienso porque, sin duda, la mentalidad está cambiando. Al final lo que está en juego es la vida del paciente.*



## ENTREVISTA

**Doctor  
Jean Escorrou**

Servicio de Gastroenterología del Hôpital de Rangueil. Toulouse. Francia

### “La necrosectomía endoscópica es una técnica menos invasiva que la cirugía y muy eficaz”

#### Coméntenos su intervención en este Curso.

Me he referido al tratamiento endoscópico de urgencia en la pancreatitis aguda necrótica infectada, una enfermedad muy grave y cuyo pronóstico suele ser muy malo, con una elevada tasa de mortalidad. En general, se puede recurrir a la cirugía, pero la tasa de mortalidad también es elevada. Otra opción es el abordaje transparietal, el drenaje percutáneo, pero esta alternativa no es lo suficientemente eficiente, la necrosis está muy adherida y es difícil retirarla totalmente con esta técnica.

Por eso, a menudo, el drenaje percutáneo lo que hace es posponer la cirugía.

Nosotros hemos desarrollado la necrosectomía endoscópica, técnica que permite retirar el tejido necrótico y controlar la infección. Además, antes de retirar el tejido necrótico, podemos tratar otras lesiones asociadas. Por ejemplo, en los casos en los que hay una fístula, muy frecuente en estos pacientes, podemos controlarla con un stent. También, si existen cálculos o estenosis, podemos intervenir. Es una técnica menos invasiva que la cirugía y muy eficaz.

¿Emplean ustedes rutinariamente esta técnica?

Sí, nosotros la hemos incorporado a nuestra práctica habitual.

¿Cuándo empezaron con ella?

Las primeras intervenciones las realizamos a principios del año 2000. Por supuesto, la introducción ha sido gradual.

¿En qué momento generalizan su uso?

Hace ya unos 5 años.

Usted ha venido a este encuentro desde sus inicios, ¿qué es lo que le hace repetir?

Sí, he venido desde el principio y sólo he faltado en una ocasión porque estaba enfermo. Los que vienen una vez, suelen repetir y eso hace que año a año coincidamos casi siempre los mismos. Es un encuentro muy interesante en el que se comparten las experiencias más innovadoras en este campo.



## ENTREVISTA

**Doctor  
Rajesh Gupta**

Asian Institute of Gastroenterology  
Hyderabad. India

### “Hemos empezado a aplicar la litotricia extracorpórea por ondas de choque a los cálculos del conducto biliar”

En su intervención, ha apuntado cómo ustedes están utilizando la litotricia extracorpórea para la extracción de cálculos del conducto biliar. Hábleme de esta indicación.

Sí, he hablado fundamentalmente del manejo endoscópico de los cálculos del conducto biliar en casos difíciles, con especial énfasis en la técnica de la litotricia extracorpórea por ondas de choque, conocida como ESWL por sus siglas en inglés. Esta técnica ya lleva tiempo empleándose en todo el mundo, por ejemplo, en cálculos del conducto pancreático y piedras en el riñón y efectivamente ahora estamos empezando a aplicarla también a los cálculos del conducto biliar que, de otra forma, requieren cirugía.

Si no me equivoco, es la segunda vez que asiste a este encuentro. ¿Cuál es su experiencia?

Así es. Ya estuve aquí en la pasada edición. Es una reunión emocionante a la que el doctor José Ramón Armengol-Miró invita a expertos de todo el mundo para que podamos compartir experiencias y conocimientos.

Es un placer haber venido de nuevo y, de paso, poder disfrutar de esta preciosa ciudad que es Barcelona.

¿Qué diría que diferencia este encuentro de otros?

Fundamentalmente, el hecho de que aquí converjan cirujanos y endoscopistas. Otras reuniones ponen el foco sólo en uno de los dos y aquí venimos ambos. Además, hay que tener en cuenta el gran esfuerzo y energía que el doctor Armengol-Miró invierte para traer a tanta gente de todo el mundo y que el encuentro sea un éxito.

¿Hay algo que le haya llamado especialmente la atención o le haya resultado de más interés del programa científico de este año?

Sí, quizás destacaría la sesión dedicada al abordaje quirúrgico de la obesidad. Me ha parecido muy interesante y no olvidemos que la obesidad es un problema creciente de gran trascendencia.



## ENTREVISTA

**Doctor  
Mei-Dong Xu**

Gastroenterólogo de la Fudan University  
de Shanghai. R.P. China

### “Aquí aprendemos unos de otros”

En su intervención se ha referido a la técnica STER ¿en qué consiste?

Bien, la STER, por sus siglas en inglés, es una nueva técnica que consiste en la resección endoscópica de tumores submucosos y que nosotros inventamos en 2011. Es un concepto diferente tanto de la endoscopia convencional como del NOTES. Primero localizamos el tumor y luego realizamos una tunelización submucosa. Utilizamos el espacio submucoso entre las capas de la mucosa y la muscular. Es una técnica segura y muy eficaz en tumores submucosos del tracto digestivo alto que puede aplicarse en tumores largos e irregulares. Debe ser realizada por expertos endoscopistas.

¿Cuál es su experiencia con esta técnica?

Desde que la realizáramos por primera vez, hemos hecho ya 500 casos. Hablamos de tumores de entre 2 y 5 centímetros de diámetro y cuya longitud no importa. El más largo que hemos hecho ha sido un tumor de 10 centímetros de largo. En un estudio que realizamos con 290 pacientes, conseguimos una resección en bloque en casi el 90% de los casos, luego casi siempre es así.

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes?

En general los problemas que pueden surgir están relacionados con el aire y es el neumotórax la complicación más habitual, aunque con el uso del CO2 esto se ha reducido. La segunda es el sangrado y la tercera la perforación del túnel. Para solucionar esta última empleamos clips.

¿Es la primera vez que asiste usted a esta reunión?

Sí, así es.

¿Cuál es su opinión sobre la misma?

La verdad es que esta es una gran reunión en la que encuentro a colegas de todo el mundo, Francia, Italia, China...

¿Repetirá el año que viene? ¿Por qué?

Sin duda. Los motivos son claros y es que en este encuentro podemos compartir experiencias y aprender unos de otros y eso es clave.



## ENTREVISTA

**Doctor  
Yuri Starkov**

Departamento de Cirugía del A.V. Vishnevsky Institute of Surgery.  
Moscú. Rusia

### “La actividad más importante y representativa de nuestro Instituto es el Festival de Endoscopia y Cirugía”

**Su Instituto de Cirugía es uno de los más importantes de Rusia, hableme de la actividad y los objetivos del mismo.**

*Sí, efectivamente, el nuestro es uno de los centros de cirugía con más experiencia del país. Nuestro objetivo es contribuir al desarrollo de nuevas técnicas y difundirlas entre nuestros especialistas para que las adopten y se popularicen. Nuestra actividad más importante y representativa es el congreso anual, que llamamos Festival de Endoscopia y Cirugía.*

**¿A quién va dirigido?**

*Como su nombre indica, a este congreso asisten tanto endoscopistas como cirujanos y en él se muestra, por ejemplo, lo último en el desarrollo de técnicas de endoscopia intervencionista.*

**¿Cuándo se celebra este encuentro?**

*Lo cierto es que tiene lugar también a finales de año, pocos días después de la reunión WIDER-BARCELONA. La próxima se celebra en apenas una semana.*

**¿Cuál es el programa científico que han preparado para esta nueva edición?**

*Cada día lo dedicamos específicamente a un tema. Entre los que hemos seleccionado para esta ocasión se encuentran, por ejemplo, las novedades en endoscopia terapéutica, el abordaje laparoscópico de los tumores gastrointestinales o nuevas técnicas, entre ellas, el abordaje transanal.*

**¿Cuál es la duración de este Festival?**

*Se acerca a la semana, son en total cuatro días, durante los cuales expertos de todo el mundo comparten sus experiencias y asisten a la retransmisión de intervenciones en directo y conferencias. El objetivo es contribuir al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva.*

**Aproximadamente, ¿cuál es la asistencia al Festival?**

*En ediciones anteriores hemos tenido unos 600 asistentes, pero en esta ocasión hemos incrementado los esfuerzos para promocionarlo y esperamos superar los 1.000.*

**¿Cuál es su opinión del Curso WIDER-BARCELONA?**

*Es la quinta vez que asisto a esta reunión y, sin duda, este no es un encuentro al uso porque aquí se dan cita endoscopistas y cirujanos y eso no es lo habitual.*



Mariano E. Giménez, José R. Armengol-Miró y Franz Reuter.



José Galloro y Rita Conigliaro.



José Ramón Armengol-Miró, Joan M<sup>a</sup> Pou y Sandra Castro.



Weinmin Liang, Zhang Xiaoguang y Jordi Armengol.



José Ramón Armengol-Miró y Alberto Montori.



Jesús Espinel, Guillermo Cacho y Jorge Arroyo Vázquez.



Germán Alonso Mailló y José Ramón Armengol-Miró.



Jean Escourrou, Alberto Ferreres, Kiyokazu Nakajima y Senol Carilli.



Campo Elías Lindado y Roberto Foguel.