



REVISTA MEXICANA DE

ISSN 2007-9346

# CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULIO - SEPTIEMBRE  
Vol. 14 No. 3, 2025

3

## EDITORIAL

Hospital Juárez:  
40º aniversario luctuoso del sismo de 1985.  
Historia, memoria y transformaciones  
en la salud pública mexicana  
Ulises Rodríguez-Wong

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Utilidad de la aplicación endoscópica de epinefrina  
en el control de la hemorragia diverticular del colon  
Ulises Rodríguez-Wong,  
Ulises Rodríguez-Medina

Tasa de detección de adenomas por colonoscopía:  
análisis retrospectivo y comparación  
con estándares internacionales  
Juan Miguel Abdo-Francis,  
Juan Francisco Rodríguez-Ramos,  
Karla Fernanda García-Ravelo,  
Said Tufik Abdo-Rodríguez,  
Jorge Miguel Abdo-Rodríguez



## CASO CLÍNICO

Vólvulo de sigma. Reporte de caso  
Jesús Alberto Bahena-Aponte,  
Mónica De Jesús-Mosso,  
Antonio Moreno-Ruiz,  
Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Jorge González,  
Quintín Héctor González-Contreras

## ARTÍCULO ESPECIAL

Enfermedad Hemorroidal.  
Segundo Curso Conjunto entre la  
Academia Mexicana de Cirugía, la  
Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo  
y el Hospital Juárez de México  
(40º aniversario luctuoso del sismo de 1985)  
Ulises Rodríguez-Wong





## **53a. Reunión Nacional del Capítulo México del International College of Surgeons**

**5 de septiembre de 2025**

**Centro Médico Dalinde**

**Tehuantepec No. 251-6to. Piso, CDMX**

### **COORDINADORES:**

**DR. FIDEL RUIZ-HEALY  
DR. ULISES RODRÍGUEZ-WONG  
DR. ABEL JALIFE-MONTAÑO  
DRA. GAYNE RUBY MEDINA-MURILLO  
DRA. GLORIA PIMENTEL-CHAGOYA  
DR. JORGE FERIA- ROJAS**



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULIO-SEPTIEMBRE, 2025  
Vol. 14, No. 3

## ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A. C.

### MESA DIRECTIVA 2024-2025

#### PRESIDENTE

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis

#### VICEPRESIDENTE

Dra. Gloria González Uribe

#### SECRETARIA

Dra. Elena López Gavito

#### TESORERO

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong

#### CONSEJO CONSULTIVO

Acad. Dr. Javier García Álvarez

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong

Acad. Dr. Gonzalo Torres Villalobos

Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras

Acad. Dr. Oscar Chapa Azuela

#### COMITÉ CIENTÍFICO

##### VOCALES

Dr. Alejandro Gonzalez Ojeda

Dr. Ángel Andrés Reyes Dorantes

Dr. Carlos González De Cossio Corredor

Dr. Fernando Pérez Aguilar

Dr. Abraham Pulido Cejudo

Dr. Fernando Antonio Rodríguez Salgado

Dr. Daniel Flores Cruz Manjarrez

#### COORDINADOR DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dr. Eduardo Montalvo Javé, FACS

#### COMITÉ EDITORIAL Y PÁGINA WEB

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong, FICS

## REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Publicación Trimestral

#### DIRECTOR

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis

#### EDITOR EN JEFE

Dr. Ulises Rodríguez Wong

#### CONSEJO EDITORIAL

Dr. Armando Vargas Domínguez

Dr. Alejandro Aceff González

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz

Dr. Eduardo Prado Orozco

Dr. Eduardo Montalvo Javé

Dr. Javier García Álvarez

Dr. Ulises Rodríguez Wong

Dr. Gonzalo Torres Villalobos

Dr. Quintín Héctor González Contreras

Dr. Oscar Chapa Azuela

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, Año 14, Vol. 14, Núm. 3, Julio-Septiembre 2025, es una publicación trimestral editada por la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C. Calle Tlaxcala No. 161, Int. 501, Col. Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06170, Tels. 55 5286-9218 y 55 5211-4019. Correo electrónico: revista.amcad@hotmail.com. Editor responsable: Dr. Ulises Rodríguez-Wong. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo: 04-2021-091317214200-102. ISSN: 2007-9346. Licitud de Título y Contenido: En trámite.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y acabado por CASA EDITORIAL. Calzada de los Misterios No. 559, Col. Industrial. C.P. 07800. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Correo electrónico: g.rosales.j@hotmail.com.

Este número se terminó de imprimir en Septiembre de 2025.

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

En internet compilada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas(IMBIOMED): [www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx) y en crossref.org.

Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright© Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización del Editor y mención de la fuente. Suscripción anual \$ 400.00 M.N. Suscripción para el extranjero \$ 20.00 US dólares, favor de enviar cheque o giro postal a nombre de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULIO-SEPTIEMBRE, 2025  
Vol. 14, No. 3

## Contenido

### EDITORIAL

- Hospital Juárez: 40º aniversario luctuoso del sismo de 1985.**  
**Historia, memoria y transformaciones en la salud pública mexicana .....** 73  
Ulises Rodríguez-Wong

### ARTÍCULOS ORIGINALES

- Utilidad de la aplicación endoscópica de epinefrina  
en el control de la hemorragia diverticular del colon .....** 75  
Ulises Rodríguez-Wong, Ulises Rodríguez-Medina
- Tasa de detección de adenomas por colonoscopía:  
análisis retrospectivo y comparación con estándares internacionales .....** 80  
Juan Miguel Abdo-Francis,  
Juan Francisco Rodríguez-Ramos,  
Karla Fernanda García-Ravelo,  
Said Tufik Abdo-Rodríguez,  
Jorge Miguel Abdo-Rodríguez

### CASO CLÍNICO

- Vólvulo de sigmoides.**  
**Reporte de caso .....** 87  
Jesús A. Bahena-Aponte,  
Mónica De Jesús-Mosso, Antonio Moreno-Ruiz  
Cindy Belén Larumbe-Hernández, Jorge González,  
Quintín Héctor González-Contreras

### ARTÍCULO ESPECIAL

- Enfermedad Hemorroidal.**  
**Segundo Curso Conjunto entre la Academia Mexicana de Cirugía,  
la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo y el  
Hospital Juárez de México  
(40º aniversario luctuoso del sismo de 1985) .....** 91  
Ulises Rodríguez-Wong



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULY-SEPTEMBER, 2025  
Vol. 14, No. 3

## Contents

### EDITORIAL

- Hospital Juarez: 40th mourning anniversary of the 1985 earthquake.  
History, memory, and transformations in Mexican public health .....** 73  
Ulises Rodríguez-Wong

### ORIGINAL ARTICLES

- Utility of endoscopic application of epinephrine in  
the control of diverticular colonic hemorrhage .....** 75  
Ulises Rodríguez-Wong, Ulises Rodríguez-Medina
- Adenoma detection rate by colonoscopy:  
retrospective analysis and comparison with international standards .....** 80  
Juan Miguel Abdo-Francis,  
Juan Francisco Rodríguez-Ramos,  
Karla Fernanda García-Ravelo,  
Said Tufik Abdo-Rodríguez,  
Jorge Miguel Abdo-Rodríguez

### CLINICAL CASE

- Sigmoid volvulus  
Case report .....** 87  
Jesús A. Bahena-Aponte,  
Mónica De Jesús-Mosso, Antonio Moreno-Ruiz  
Cindy Belén Larumbe-Hernández, Jorge González,  
Quintín Héctor González-Contreras

### SPECIAL ARTICLE

- Hemorrhoidal Disease.  
Second Joint Course between the Mexican Academy of Surgery,  
the Mexican Association of Digestive System Surgery,  
and the Hospital Juarez of México  
(40th mourning anniversary of the 1985 earthquake) .....** 91  
Ulises Rodríguez-Wong



# Hospital Juárez: 40º aniversario luctuoso del sismo de 1985. Historia, memoria y transformaciones en la salud pública mexicana

Ulises Rodríguez-Wong\*

\* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System.  
Doctor en Ciencias, ExPresidente de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, Presidente de la XXXVI Asamblea Nacional de Cirujanos.

**Hospital Juarez: 40th mourning anniversary of the 1985 earthquake.  
History, memory, and transformations in Mexican public health**

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 73-74

El 19 de septiembre de 1985 marcó uno de los capítulos más dolorosos y transformadores de la historia contemporánea de México. Un sismo de magnitud 8.1, con epicentro en la costa de Michoacán, sacudió a la Ciudad de México a las 07:19 horas, causando daños sin precedentes.<sup>1</sup> Entre las estructuras colapsadas, el Hospital Juárez de México se convirtió en símbolo de la tragedia y del heroísmo médico. Este hospital, con más de un siglo de historia al momento del desastre, era un centro nacional de referencia en cirugía, medicina interna, ginecoobstetricia y formación de especialistas. En pocos segundos, gran parte de su estructura colapsó, atrapando a cientos de personas en su interior y cobrando la vida de pacientes, personal de salud, estudiantes y visitantes.<sup>2</sup>

Fundado en 1847 bajo el nombre de Hospital de San Pablo, la institución fue rebautizada en 1872 como Hospital Juárez, en honor al presidente Benito Juárez. A lo largo del siglo XX, se consolidó como hospital escuela y núcleo de atención de alta especialidad. Su Torre de Hospitalización, inaugurada en noviembre de 1970, representaba la modernidad hospitalaria de la época,<sup>3</sup> pero no fue diseñada con criterios antisísmicos, lo que resultó determinante en 1985.

El colapso total de la Torre de Hospitalización del Hospital Juárez dejó como saldo la muerte de cientos de personas, entre ellos un número importante de médicos, enfermeras, personal paramédico, estudiantes y pacientes hospitalizados. El desastre puso en evidencia la falta de protocolos de evacuación hospitalaria, así como la vulnerabilidad estructural de edificios de salud ante fenómenos naturales.

La respuesta de la comunidad médica y de la sociedad fue inmediata. Entre los escombros surgieron actos de heroísmo anónimo: médicos y enfermeras que se negaron a abandonar a sus pacientes, brigadistas nacionales e internacionales que trabajaron sin descanso y ciudadanos que transformaron el dolor en acción solidaria. El episodio marcó un antes y un después en la cultura de la protección civil y en la gestión hospitalaria frente a desastres.

El proceso de reconstrucción del Hospital Juárez no fue solamente arquitectónico: Implicó replantear la infraestructura hospitalaria del país, fortalecer protocolos de seguridad estructural y no estructural, desarrollar planes de evacuación, y, sobre todo, integrar la preparación ante desastres como parte esencial de la formación médica. El nuevo Hospital Juárez de México, inaugurado el 19 de septiembre de 1989, se erigió con estándares de seguridad sísmica modernos,<sup>3</sup> convirtiéndose en un referente de la reconstrucción post-sismo.

## Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong  
Tepic Núm. 113, Cons. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México  
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

El sismo de 1985 y la tragedia del Hospital Juárez dejaron múltiples enseñanzas: Se consolidó la conciencia sobre la vulnerabilidad de las instalaciones de salud ante fenómenos naturales y se reconoció la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios entrenados en manejo de emergencias y desastres. Además, la experiencia impulsó la creación y fortalecimiento de instituciones como el Sistema Nacional de Protección Civil y la normatividad para hospitales seguros, lineamientos que siguen vigentes y en constante actualización.<sup>4</sup>

En el plano humano, la catástrofe reafirmó el compromiso ético del personal sanitario. El recuerdo de colegas que perdieron la vida ejerciendo su vocación ha inspirado a generaciones de médicos y enfermeras a honrar su memoria a través de un servicio profesional y compasivo.

En este 40º aniversario luctuoso, el Hospital Juárez no sólo recuerda a las víctimas, sino que celebra la fortaleza de su comunidad y su capacidad de reinventarse. Su historia reciente es un testimonio de que la medicina no se practica únicamente en salas quirúrgicas o consultorios, sino también en contextos de adversidad extrema, donde la empatía, la solidaridad y la organización se convierten en herramientas tan vitales como cualquier instrumento médico.

Hoy, el Hospital Juárez de México continúa como un centro de excelencia médica, con servicios de alta especialidad, programas académicos de prestigio y un firme compromiso con la atención humanizada. Cada aniversario no es solo un ejercicio de memoria, sino un recordatorio de que la seguridad hospitalaria, la capacitación continua y la previsión son deberes ineludibles para garantizar que la tragedia de 1985 no se repita.

Más allá de las lecciones técnicas, el legado del Hospital Juárez tras el sismo es profundamente humano. La memoria de médicos y enfermeras que permanecieron al lado de sus pacientes hasta el último momento sigue siendo un ejemplo de ética y compromiso profesional. Las nuevas generaciones de médicos y de enfermeras han aprendido que la medicina también implica estar preparados para actuar en escenarios de crisis extrema.

Cuatro décadas después, el Hospital Juárez de México no es únicamente una institución médica: es un testimonio vivo de resiliencia y renovación. La tragedia de 1985 transformó la manera en que el país concibe la seguridad hospitalaria, la respuesta ante emergencias y la cultura de prevención. Este aniversario luctuoso no solo es un momento de recuerdo de las personas que perdieron la vida, sino también un compromiso renovado con la excelencia médica, la seguridad estructural y la preparación continua frente a desastres.

## REFERENCIAS

1. Martínez-Ortiz S. El terremoto de 1985 y sus secuelas. En: Rojas-Dosal JA, Viesca-Treviño C, Rivero-Serrano O. Historia del Hospital Juárez de México 1847-2010. Universidad Nacional Autónoma de México, 2013; 143-7.
2. Rodríguez-Wong U. El Hospital Juárez de México a 25 años del terremoto de 1985 en la ciudad de México. *Rev Hosp Jua Mex* 2010; 77(4): 264-7.
3. Vargas-Martínez C. El sismo de 1985. En: Reseña Histórica del Hospital Juárez de México. México: Formex Impresores; 2002: 125-30.
4. Fajardo-Dolci G. Terremoto 19S: un recordatorio para los sistemas de salud. *Salud Pública Méx* 2018; 60(Suppl 1): 1.



# Utilidad de la aplicación endoscópica de epinefrina en el control de la hemorragia diverticular del colon

Ulises Rodríguez-Wong,\* Ulises Rodríguez-Medina\*\*

\* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System. Maestro en Ciencias de la Salud, Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

\*\* Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas, Médico Residente de Medicina Interna. University of New Mexico Hospital, USA.

## *Utility of endoscopic application of epinephrine in the control of diverticular colonic hemorrhage*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 75-79

### RESUMEN

**Introducción.** La hemorragia diverticular es la principal causa de sangrado digestivo bajo masivo en adultos mayores. La colonoscopia terapéutica permite localizar y tratar la fuente del sangrado, destacando el uso de la epinefrina endoscópica como medida inicial.

**Objetivo.** Revisar la utilidad de la inyección endoscópica de epinefrina en la hemorragia diverticular, evaluando su eficacia, limitaciones y papel en combinación con técnicas mecánicas como hemoclips y ligadura endoscópica.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo de ocho pacientes consecutivos atendidos en Hospitales Privados de la Ciudad de México, con diagnóstico de hemorragia masiva por enfermedad diverticular del colon y en los cuales se realizó colonoscopia de urgencia con identificación de divertículo sangrante. En todos los pacientes el tratamiento inicial fue la inyección submucosa de epinefrina diluida (1:10,000), realizando varias inyecciones en los cuadrantes circundantes al sitio sangrante.

**Resultados.** En todos los casos se indicó colonoscopia de urgencia, en 5 pacientes se identificó el divertículo sangrante en el colon izquierdo (60%) y en tres en el colon derecho (30%). En todos los casos de inyectó epinefrina diluida (1:10,000) en la submucosa realizando cuatro inyecciones en los cuadrantes circundantes al sitio sangrante. En seis de los pacientes se logró el control de la hemorragia, dos pacientes sangraron nuevamente (25%); a uno de ellos se le realizó nuevamente colonoscopia y aplicación de epinefrina diluida (1:10,000), en tanto que al otro se le aplicó un hemoclip, consiguiéndose el control de la hemorragia en estos dos casos también; ningún paciente ameritó cirugía de urgencia.

### ABSTRACT

**Introduction.** Diverticular hemorrhage is the leading cause of massive lower gastrointestinal bleeding in older adults. Therapeutic colonoscopy allows for localization and treatment of the source of bleeding, highlighting the use of endoscopic epinephrine as an initial measure.

**Objective.** To review the usefulness of endoscopic epinephrine injection in diverticular bleeding, evaluating its efficacy, limitations, and role in combination with mechanical techniques such as hemoclips and endoscopic ligation.

**Material and methods.** A prospective study was conducted of eight consecutive patients treated at private hospitals in Mexico City with a diagnosis of massive bleeding due to diverticular disease of the colon. Emergency colonoscopy identified a bleeding diverticulum. In all patients, the initial treatment was submucosal injection of diluted epinephrine (1:10,000), with several injections in the quadrants surrounding the bleeding site.

**Results.** Emergency colonoscopy was indicated in all cases. Five patients were identified as having bleeding diverticula in the left colon (60%) and three in the right colon (30%). Diluted epinephrine (1:10,000) was injected submucosally, with four injections in the quadrants surrounding the bleeding site. Bleeding was controlled in six patients; two patients (25%) experienced rebleeding. One patient underwent a repeat colonoscopy and application of diluted epinephrine (1:10,000), while the other underwent hemoclip application, achieving bleeding control in both cases as well. No patient required emergency surgery.

**Conclusions.** In this study, initial hemostasis was achieved with submucosal injection of epinephrine in

### Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic Núm. 113, Cons. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México

Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

**Conclusiones.** En este estudio se logró hemostasia inicial con la inyección submucosa de epinefrina en el 75% de los casos con enfermedad diverticular sangrante, dos pacientes (25%) tuvieron recurrencia. El uso combinado de la epinefrina con hemoclips o ligadura endoscópica reduce la recurrencia. Se requieren estudios multicéntricos y ensayos controlados para establecer algoritmos estandarizados.

**Palabras clave.** Hemorragia diverticular, epinefrina endoscópica, colonoscopia terapéutica, hemoclips, ligadura endoscópica.

*75% of cases with bleeding diverticular disease; two patients (25%) had recurrence. The combined use of epinephrine with hemoclips or endoscopic ligation reduces recurrence. Multicenter studies and controlled trials are needed to establish standardized algorithms.*

**Key words.** *Diverticular bleeding, endoscopic epinephrine, therapeutic colonoscopy, hemoclips, endoscopic ligation.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular del colon es una enfermedad de alta prevalencia en países industrializados y en poblaciones envejecidas. Se calcula que afecta hasta el 60% de los individuos mayores de 60 años y su incidencia continúa en aumento debido a la mayor esperanza de vida y cambios dietéticos globales;<sup>1</sup> sin embargo, han sido reportados casos en personas jóvenes.<sup>2</sup> Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, entre un 15 y 25% desarrollarán complicaciones, entre ellas la hemorragia diverticular, que representa la principal causa de hemorragia masiva del tubo digestivo distal en adultos mayores.<sup>1</sup>

La hemorragia diverticular ocurre cuando hay erosión de la pared arterial vasa recta en el fondo del divertículo, lo que genera un sangrado arterial de inicio brusco, generalmente indoloro y autolimitado en el 80% de los casos. Sin embargo, en el 20% restante, el sangrado es persistente o recurrente y requiere intervención médica urgente. La recurrencia global oscila entre el 13 y 48%, con mayor riesgo en pacientes con comorbilidades cardiovasculares, uso de antiagregantes o anticoagulantes, y en diverticulosis del colon derecho.<sup>3</sup>

El diagnóstico de la hemorragia diverticular se basa en la colonoscopia urgente, idealmente dentro de las primeras 12-24 horas, ya que permite localizar el punto sangrante y aplicar medidas terapéuticas endoscópicas. El tratamiento endoscópico es preferido frente a opciones más invasivas como la embolización angiográfica o la cirugía de urgencia, reservadas para casos refractarios.

Dentro del arsenal endoscópico, la inyección submucosa de epinefrina diluida (1:10,000) es una técnica clásica que ofrece hemostasia inicial por vasoconstricción local y efecto mecánico compresivo.<sup>4</sup> No obstante, como monoterapia presenta altas tasas de resangrado, por lo que se recomienda habitualmente como método coadyuvante para mejorar la

visualización del punto sangrante antes de aplicar técnicas definitivas, como hemoclips o ligadura endoscópica.<sup>5</sup>

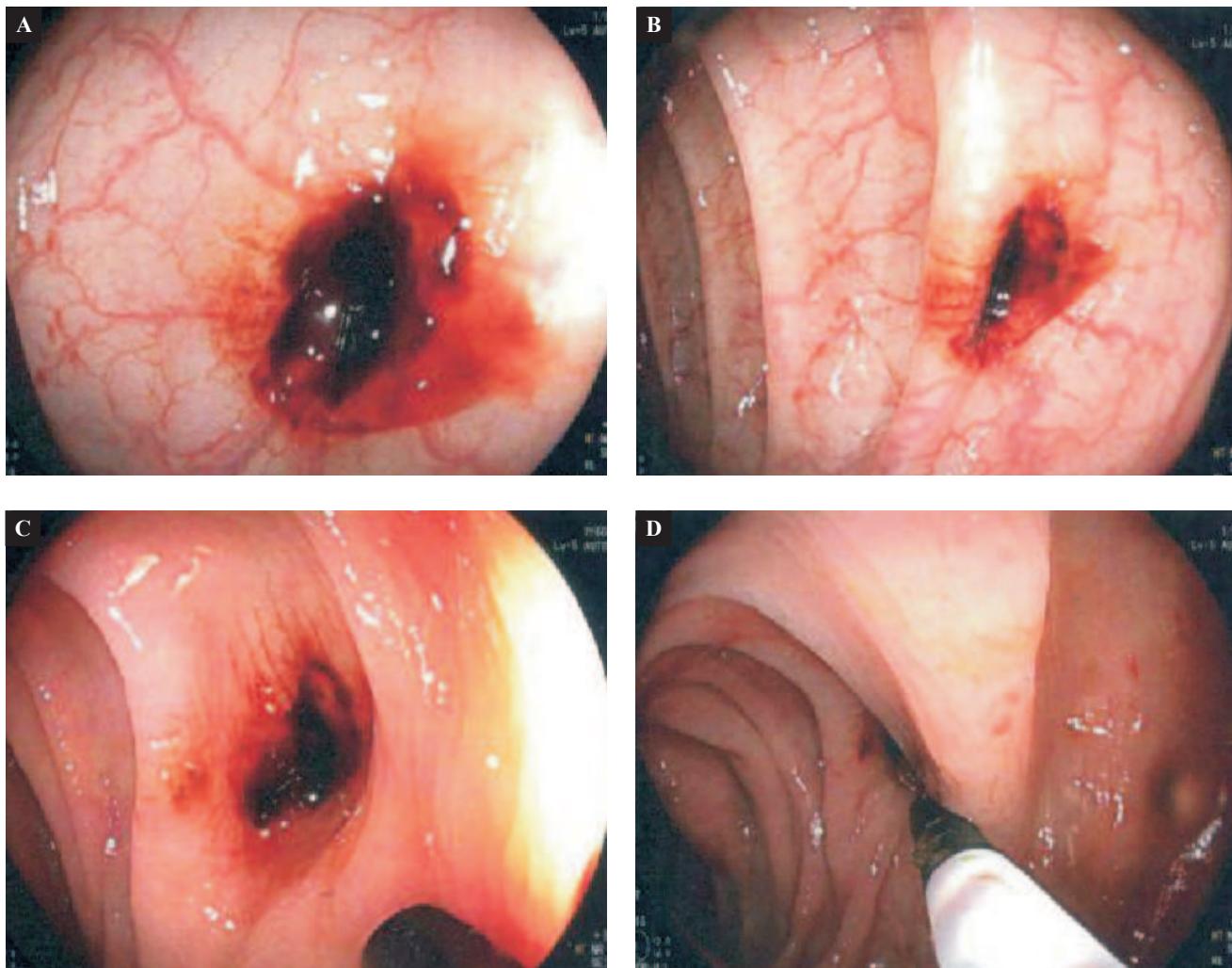
En los últimos años, diversos estudios y consensos, como el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon,<sup>6</sup> han destacado la importancia de un abordaje endoscópico temprano, priorizando estrategias combinadas que reduzcan la recurrencia y eviten intervenciones invasivas. Sin embargo, aún existe controversia sobre la técnica óptima, y la evidencia comparativa sigue siendo limitada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de ocho pacientes consecutivos atendidos en hospitales privados de la Ciudad de México, con diagnóstico de hemorragia masiva por enfermedad diverticular del colon y en los cuales se realizó colonoscopia de urgencia con identificación de divertículo sangrante; se excluyeron pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, pacientes en tratamiento anticoagulantes. También se excluyeron los casos de hemorragia severa por enfermedad diverticular del colon en los cuales no se identificó el divertículo sangrante. En todos los pacientes el tratamiento inicial fue la inyección submucosa de epinefrina diluida (1:10,000), realizando varias inyecciones en los cuadrantes circundantes al sitio sangrante (en las posiciones de las 3, 6, 9 y 12 horas), se evitó inyectar directamente en el vaso, para reducir el riesgo de perforación o daño tisular.

## RESULTADOS

De los ocho pacientes analizados, 7 correspondieron al sexo masculino y uno al sexo femenino, el rango de edad de los pacientes fue de los 48 a 75 años, con una media de 63.37 y una mediana de 65. Tres pacientes tenían diagnós-



**Figura 1.** Identificación por colonoscopia del divertículo sangrante e inyección de epinefrina (1:10,000) en la submucosa.

tico de enfermedad diverticular asintomática y un paciente había presentado un cuadro previo de hemorragia del tubo digestivo por enfermedad diverticular del colon. Todos los pacientes presentaron hemorragia severa del tubo digestivo distal. Cuatro pacientes tuvieron dolor abdominal moderado en cuadrante inferior izquierdo del abdomen (50%), uno en ambos cuadrantes inferiores y uno en cuadrante inferior derecho, en tanto que dos pacientes no presentaron dolor abdominal.

En todos los casos se indicó colonoscopia de urgencia dentro de las primeras 24 horas de inicio del padecimiento, en 5 paciente se identificó el divertículo sangrante en el colon izquierdo (60%) y en tres en el colon derecho (30%). En todos los casos se inyectó epinefrina diluida (1:10,000) en la submucosa realizando cuatro inyecciones en los cuadrantes circundantes al sitio sangrante (*Figura 1*). En seis de los

pacientes se logró el control de la hemorragia, dos pacientes sangraron nuevamente (25%); a uno de ellos se le realizó nuevamente colonoscopia y aplicación de epinefrina diluida (1:10,000), en tanto que al otro se le aplicó un hemoclip, consigiéndose el control de la hemorragia en estos dos casos también; ningún paciente ameritó cirugía de urgencia.

## DISCUSIÓN

La hemorragia diverticular constituye un problema clínico frecuente y potencialmente grave en adultos mayores, y su abordaje endoscópico ha evolucionado hacia estrategias más efectivas y seguras.<sup>7,8</sup> Si bien la mayoría de los casos son autolimitados, una proporción significativa requiere intervención terapéutica para evitar la persistencia o recurrencia del sangrado.<sup>9</sup>

**Cuadro 1.** Comparación de técnicas endoscópicas en hemorragia diverticular.

Técnica	Tasa de hemostasia inicial (%)	Tasa de recurrencia (%)	Ventajas	Limitaciones
Inyección de epinefrina sola <sup>1,2</sup>	80-95	25-50% en las primeras 72 h	Rápida, disponible, bajo costo, mejora visibilidad	No definitiva, efecto temporal, posible resangrado
Clips endoscópicos <sup>5,10</sup>	85-95	20-30	Método mecánico seguro, útil tras adrenalina	Difícil en divertículos con cuello amplio o angulación, riesgo de caída del clip
Ligadura endoscópica (banding) <sup>10,13</sup>	90-99	10-15	Más efectiva para prevenir recurrencia, ocluye el cuello diverticular	Requiere mayor experiencia, no disponible en todos los centros
OTSC (Over The Scope Clip) <sup>5</sup>	95-100	< 10 (según series limitadas)	Excelente fuerza de cierre, útil en sangrado persistente	Costoso, menos disponible, requiere entrenamiento
Métodos térmicos (coagulación) <sup>6</sup>	≥ 90	Datos limitados	Coagulación directa del vaso	Contraindicada en divertículos por riesgo de perforación

<sup>1</sup>Rustagi & Mashimo (2014); <sup>2</sup>Rodríguez-Wong, *et al.* (2025); <sup>5</sup>Kawano, *et al.* (2021); <sup>6</sup>Raña-Garibay, *et al.* (2019); <sup>10</sup>Nagata, *et al.* (2019); <sup>13</sup>Ishii, *et al.* (2018);

La inyección endoscópica de epinefrina sigue siendo una herramienta ampliamente utilizada como medida inicial, ya que permite una hemostasia rápida gracias a su efecto vasoconstrictor y mecánico. Sin embargo, múltiples series retrospectivas han mostrado que su eficacia como monoterapia es transitoria, con tasas de resangrado que oscilan entre 30 y 50% en las primeras 72 horas;<sup>1,4</sup> en nuestra serie de casos la tasa de resangrado fue del 25%. Por esta razón, su función principal es estabilizar la hemorragia y mejorar la visualización antes de aplicar métodos mecánicos definitivos.

Los clips endoscópicos son una alternativa efectiva y segura, con tasas de hemostasia inicial cercanas al 90% y menor recurrencia que la epinefrina sola; uno de nuestros pacientes requirió de la aplicación de hemoclip debido a resangrado. No obstante, su colocación puede ser difícil en divertículos con cuellos amplios o angulados. Por otro lado, la ligadura endoscópica con bandas ha demostrado ser superior para prevenir la recurrencia, ya que ocluye completamente el cuello diverticular, disminuyendo la necesidad de intervenciones adicionales. Nagata *y cols.*,<sup>10</sup> reportaron que la ligadura reduce de forma significativa las tasas de resangrado comparada con epinefrina y clips.

En escenarios más complejos, como sangrados persistentes o refractarios, se han utilizado dispositivos avanzados como el

OTSC (Over-The-Scope Clip), con resultados prometedores en series limitadas y recurrencia < 10%, aunque su costo y disponibilidad restringen su uso a centros especializados.<sup>5</sup>

Para sintetizar la evidencia, se presenta a continuación una comparación de las técnicas endoscópicas más empleadas, considerando su eficacia, recurrencia y características prácticas (*Cuadro 1*).

La epinefrina sola debe considerarse un tratamiento inicial que es fácil de aplicar y con amplia disponibilidad;<sup>11</sup> sin embargo, puede no ser un tratamiento definitivo, debido a las altas tasas de recurrencia temprana. Las técnicas mecánicas, especialmente la ligadura endoscópica, ofrecen mejores resultados a largo plazo y deberían ser preferidas cuando sea posible.<sup>12,13</sup> El uso de dispositivos avanzados como OTSC queda reservado para casos seleccionados.

La inyección de epinefrina puede ser un buen recurso inicial; sin embargo, en caso de resangrado deberá considerarse la utilización de un procedimiento complementario para optimizar la hemostasia y reducir la recurrencia. La ligadura endoscópica es el método con mejor perfil de eficacia y seguridad documentado hasta ahora, aunque requiere mayor disponibilidad de recurso y entrenamiento con el procedimiento.<sup>14</sup> Los procedimientos térmicos de coagulación están contraindicados, debido al riesgo de perforación. Se necesi-

tan ensayos clínicos prospectivos que comparan de manera directa las diferentes técnicas para establecer un algoritmo terapéutico estándar.

## CONCLUSIONES

La hemorragia diverticular es una causa relevante de sangrado digestivo bajo en adultos mayores, con una tendencia creciente debido al envejecimiento poblacional y la mayor prevalencia de comorbilidades. La colonoscopia temprana continúa siendo el pilar diagnóstico y terapéutico, ya que permite identificar los estímulos de sangrado reciente y aplicar medidas endoscópicas de forma dirigida.

La inyección endoscópica de epinefrina mantiene un papel fundamental como técnica inicial, ya que detiene temporalmente el sangrado y mejora la visualización del campo. Sin embargo, su efecto es transitorio y se asocia a altas tasas de resangrado si se utiliza como monoterapia; por ello, debe considerarse principalmente como coadyuvante previo a técnicas definitivas, como hemoclips o ligadura endoscópica.

La evidencia disponible sugiere que la ligadura endoscópica ofrece la mayor eficacia para prevenir la recurrencia, mientras que los clips son una alternativa segura pero menos efectiva a largo plazo. En casos de sangrado refractario, el OTSC (Over-The-Scope Clip) se perfila como una opción avanzada en centros especializados.

A pesar de estos avances, persisten vacíos de evidencia, especialmente la falta de ensayos clínicos aleatorizados que comparan directamente las diferentes estrategias. Esto limita la elaboración de algoritmos estandarizados, por lo que la elección de la técnica sigue dependiendo en gran medida de la experiencia del endoscopista, la disponibilidad de dispositivos y las características del divertículo sangrante.

## REFERENCIAS

- Rustagi T, Mashimo H. Endoscopic management of diverticular bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2014; 10(10): 659-67.
- Rodríguez-Wong U, Santamaría-Aguirre JR, Cruz-Reyes JM, García-Álvarez J. Enfermedad diverticular del colon complicada en pacientes menores de 35 años. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Cir Cir* 2010; 78(2): 171-5.
- Kim JS, Marcon N, Savides TJ, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342(1): 78-82.
- Couto-Worner I, González-Conde B, Estévez-Prieto E, Alonso-Aguirre PA. Colonic diverticular bleeding: urgent colonoscopy without purging and endoscopic treatment with epinephrine and hemoclips. *Rev Esp Enferm Dig* 2013; 105(8): 495-8.
- Kawano K, Takenaka M, Kawano R, et al. Efficacy of Over-The-Scope Clip Method as a Novel Hemostatic Therapy for Colonic Diverticular Bleeding. *J Clin Med* 2021; 10(13): 2891.
- Raña-Garibay R, Salgado-Nesme N, Carmona-Sánchez R, et al. Consenso mexicano sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diverticular del colon. *Rev Gastroenterol Mex* 2019; 84(2): 220-40.
- Chaudhry V, Hyser MJ, Gracias VH, Gau FC. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding. *Am Surg* 1998; 64(8): 723-8.
- Jensen DM, Machicado GA, Jutabha R, Kovacs TO. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342(13): 78-82.
- Bloomfeld RS, Rockey DC, Shetzline MA. Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(8): 2367-72.
- Nagata N, Niikura R, Ishii N, et al. Ligation therapy for diverticular bleeding is superior to conventional endoscopic hemostasis with epinephrine injection, thermal coagulation, and clipping. *PLoS One* 2019; 14(3): e0214303.
- Ramirez FC, Johnson DA, Zierer ST, Walker GJ, Sanowski RA. Successful endoscopic hemostasis of bleeding colonic diverticula with epinephrine injection. *Gastrointest Endosc* 1996; 43(2 Pt 1): 167-70.
- Simpson PW, Nguyen MH, Lim JK, Soetikno RM. Use of endoclips in the treatment of massive colonic diverticular bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004; 59(3): 433-7.
- Ishii N, Omata F, Nagata N, Kaise M. Effectiveness of endoscopic treatments for colonic diverticular bleeding: Systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2018; 87(1): 58-66.
- Hirao M, Kobayashi K, Saito K. Diverticular bleeding: Current strategies for endoscopic management. *Clin Endosc* 2020; 53(3): 309-18.



# Tasa de detección de adenomas por colonoscopía: análisis retrospectivo y comparación con estándares internacionales

Juan Miguel Abdo-Francis,\* Juan Francisco Rodríguez-Ramos,† Karla Fernanda García-Ravelo,† Said Tufik Abdo-Rodríguez,‡ Jorge Miguel Abdo-Rodríguez§

\* Gastroenterólogo, endoscopista. Hospital Ángeles Acoxpa. † Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey, Campus CDMX.

‡ Residente de Cirugía General. Hospital General Ajusco Medio “Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez”.

§ Residente de Medicina Interna. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

## *Adenoma detection rate by colonoscopy: retrospective analysis and comparison with international standards*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 80-86

### RESUMEN

El cáncer colorrectal representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por cáncer a nivel mundial. La colonoscopía es un método eficaz para su detección temprana y uno de los indicadores clave de su calidad como tamizaje es la tasa de detección de adenomas (TDA).

El objetivo de este estudio es determinar la TDA en pacientes mayores de 50 años que se sometieron a colonoscopía con indicación de diagnóstico o tamizaje en un centro endoscópico privado, así como analizar los factores asociados, incluyendo edad, sexo y hallazgos endoscópicos adicionales.

Se lleva a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las colonoscopías con reportes histopatológicos disponibles que incluyen 110 pacientes (62 mujeres y 48 hombres). Se registran e identifican pólipos, adenomas y adenocarcinomas, clasificándolos según sus características morfológicas y localización. La TDA global observada es de 32.4%, valor que se encuentra en concordancia con los rangos recomendados del American College of Gastroenterology (ACG) y la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Se identifican diferencias en la TDA en función del sexo y el grupo etario. También se identifican como hallazgos frecuentes pólipos hiperplásicos y lesiones inflamatorias, lo que resalta la importancia de un abordaje integral en la interpretación de los estudios endoscópicos.

### ABSTRACT

Colorectal cancer is one of the leading causes of cancer-related morbidity and mortality worldwide. Colonoscopy is an effective method for early detection, and the adenoma detection rate (ADR) is a key quality indicator for colorectal cancer screening.

The aim of this study was to determine the ADR in patients over 50 years-old who underwent colonoscopy for diagnostic or screening purposes at a private endoscopy center, as well as to analyze associated factors including age, sex, and additional endoscopic findings.

A descriptive, retrospective, observational study was conducted, including 110 patients (62 females and 48 males) with available histopathological reports. Polyps, adenomas, and adenocarcinomas were recorded and classified according to their morphological characteristics and location. The overall ADR observed was 32.4%, which aligns with the recommended ranges by the American College of Gastroenterology (ACG) and the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Differences in ADR were identified based on sex and age group. Other frequent findings, such as hyperplastic polyps and inflammatory lesions, were also observed, underscoring the importance of a comprehensive approach when interpreting endoscopic studies.

In conclusion, the results of this study highlight the necessity of adjusting for demographic factors such as age and sex when interpreting ADR to achieve a more accurate assessment.

### Correspondencia:

Dr. Juan Miguel Abdo-Francis

Av. Acoxpa Núm. 430, Cons. 310. Col. Ex Hacienda Coapa. C.P. 14308. Alcaldía Tlalpan, CDMX, México.

Correo electrónico: drjuanmiguelabdo@yahoo.com.mx

En conclusión, los resultados resaltan la necesidad de ajustar los factores demográficos como edad y sexo al momento de interpretar este indicador con el fin de lograr una interpretación más precisa.

**Palabras clave.** Cáncer colorrectal, tasa de detección de adenomas (TDA), colonoscopía, tamizaje, detección de pólipos, indicadores de calidad.

**Key words.** Colorectal cancer, adenoma detection rate (ADR), colonoscopy, screening, polyp detection, quality indicators.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo y la segunda causa de muerte por cáncer, con un estimado de 3.2 millones de nuevos casos y 1.6 millones de muertes anuales proyectadas para 2040.<sup>1</sup> En México, el CCR es la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas con más de 16,000 casos y 8,000 defunciones reportadas en 2022 de acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) perteneciente a la OMS.<sup>2</sup>

Esta neoplasia deriva en la mayoría de las veces de pólipos adenomatosos, que a través de la secuencia adenoma-carcinoma, pueden evolucionar hacia cáncer invasivo, proceso que toma aproximadamente una década.<sup>3</sup> La detección oportuna de estas lesiones precursoras mediante programas de tamizaje como la colonoscopia ha demostrado reducir tanto la incidencia como la mortalidad por CCR.

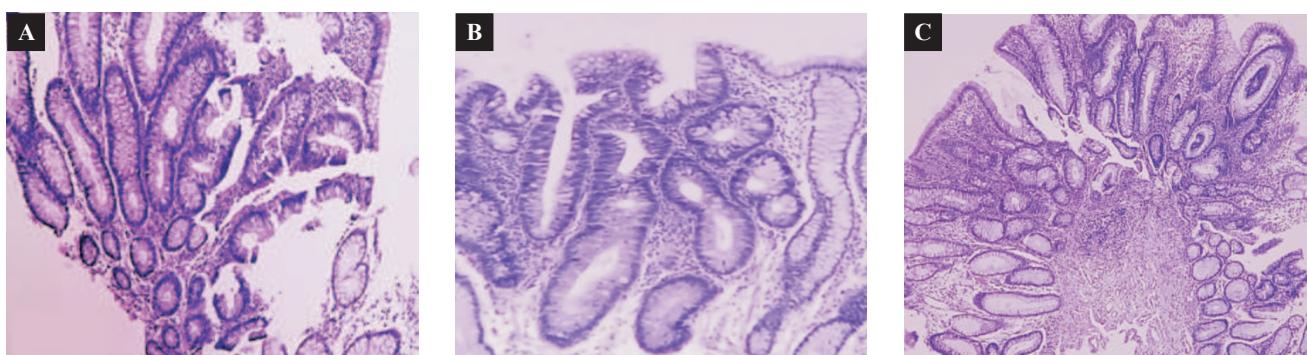
La población más afectada por el CCR son personas de 50 años o más, con presencia de adenoma colónico con un diámetro mayor o igual a 1 cm, base de implantación sésil, antecedentes familiares como Síndrome de Lynch y Poliposis Adenomatosa Familiar, así como con antecedentes personales relacionados a la presencia previa de cáncer colorrectal u otros pólipos no adenomatosos y con presencia de factores relacionados con el estilo de vida: dieta rica en carnes pro-

cesadas y baja en frutas y verduras, sedentarismo, obesidad, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.<sup>4</sup>

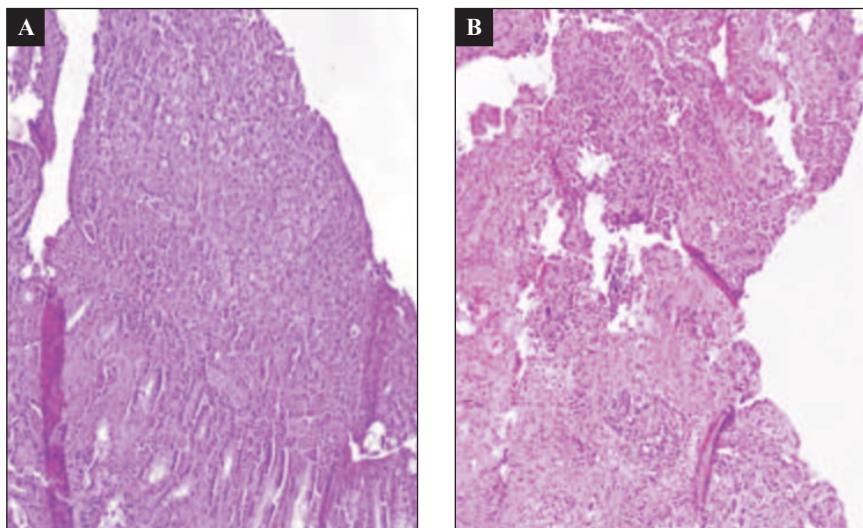
La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) recomienda iniciar tamizaje a partir de los 45 años y hasta los 75 años en personas con riesgo promedio, por medio de colonoscopia o estudio de presencia de sangre en heces, en cambio para las personas con riesgo elevado de CCR, deberá realizarse previo a los 45 años o bien en caso de tener antecedentes de familiar de primer grado con CCR, 10 años antes de la edad diagnóstico de su familiar.<sup>5</sup> Dentro de los hallazgos más comunes durante el tamizaje son los pólipos hiperplásicos que ahora se sabe, no incrementan el riesgo de padecer CCR.<sup>6</sup>

Un gran factor pronóstico es el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, ya que la supervivencia a 5 años es de 91% cuando es detectado en un estadio localizado y del 17% cuando existe enfermedad metastásica, por lo que su detección temprana es fundamental.<sup>7</sup>

La colonoscopia, además de ser una herramienta diagnóstica y terapéutica, permite evaluar la calidad del procedimiento a través de indicadores como la tasa de detección de adenomas (TDA), definida como el porcentaje de pacientes en los que se identifica al menos un adenoma histológicamente confirmado.<sup>8</sup> Las tasas mínimas de detección actuales de acuerdo con el American College of Gastroenterology (ACG) son del 30% para hombres y del 20% para mujeres con 25% global, mientras que para la European Society of Gastrointestinal



**Figura 1.** Lesión conformada por formaciones tubulares el epitelio muestra cambios nucleares y secreción anormal de moco.



**Figura 2.** Se identifica una lesión neoplásica constituida por glándulas de distintos tamaños y formas.

Endoscopy (ESGE) se recomienda una TDA > 25% en general.<sup>9,10</sup> La importancia de dichos indicadores radica en que se ha reportado que los pacientes de endoscopistas con una tasa de detección de adenomas menor a 20%, tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar cáncer debido a la mayor frecuencia de adenomas no detectados.<sup>8</sup>

Dado el impacto que tiene la TDA en los desenlaces clínicos, este estudio tiene como objetivo, estimar la TDA de una muestra de colonoscopias ambulatorias realizadas en medio privado, analizar su relación con variables como edad y sexo, e identificar hallazgos adicionales que puedan aportar a una mejor comprensión del perfil de riesgo de los pacientes.

## METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo observacional abierto por edad, para el cual se incluyen en el análisis 110 resultados de colonoscopías completas desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 30 de octubre de 2023. Los procedimientos se efectúan bajo sedación anestésica, con uso de colonoscopio Olympus Exera II CV 190 EVIS y la preparación de los pacientes es con dosis divididas de 4 litros de polietilenglicol tomando la escala de Boston de 7-9 para la inclusión de los estudios. Todos los pacientes califican con Boston > 7. Se incluye a todos los pacientes mayores de 18 años para la población y análisis completo, pero para el cálculo estándar de la Tasa de detección de adenomas (TDA) sólo se consideran pacientes mayores de 50 años en concordancia con las recomendaciones internacionales.

La TDA se define como la proporción de colonoscopías con hallazgos histológicos compatibles con: “adenoma”, “adenoma tubular” (Figura 1), “adenoma túbulo-vellosa”

y aquellos reportes con múltiples hallazgos; “pólipo + adenoma”, “adenoma tubular + adenoma veloso”, “adenoma + adenocarcinoma” o “adenocarcinoma en adenoma” (Figura 2), solo contando una vez como positivo, esto de acuerdo con lo recomendado por las guías internacionales de la ACG y ESGE,<sup>9,10</sup> de tomar en cuenta el cáncer como un hallazgo de adenoma para la suma de la TDA, aún sin el hallazgo de adenomas concomitantes.

Para el análisis se toman como colonoscopías positivas a todos los estudios que cuentan con reporte histopatológico para adenomas, adenocarcinomas y pólipos. Los datos se obtienen de registros clínicos y se analiza la estadística descriptiva, así como factores relacionados y hallazgos adicionales.

## RESULTADOS

Del total de 110 pacientes: 62 son mujeres y 48 hombres, la distribución media de edad es de 58 años para mujeres y 55 años en hombres, con una medida global de 54 años; siendo 28 años el paciente más joven y 85 el paciente de edad más avanzada (Cuadro 1).

La prevalencia de adenomas global para la muestra de 110 colonoscopias, es de 27% siendo el grupo etario de 61-68

**Cuadro 1.** Distribución de la muestra por edad y sexo

Género	Número	Media de edad	Rangos de edad
Mujeres	62	58 ± 13 años	28-85 años
Hombres	48	55 ± 13 años	31-79 años
Total	110	56 ± 13 años	28-85 años

**Cuadro 2.** Prevalencia de pólipos y adenomas por grupos de edad

Grupo de edad (años)	28-36	37-44	45-52	53-60	61-68	69-76	77-85	Total
Número de pacientes	10	10	24	17	25	20	4	110
Adenomas	1	1	5	6	10	6	1	30
Prevalencia de adenomas (%)	10	10	20	35	40	30	25	27
Pólipos no adenomatosos	1	2	5	4	6	5	1	24
Prevalencia de pólipos (%)	10	20	20	23	24	25	25	21

**Cuadro 3.** Distribución de hallazgos endoscópicos por sexo.

Género	Total	Porcentaje	Pólipos	Adenomas con pólipos hiperplásicos	Adenomas puros	Adenocarcinoma en polipo
Hombres	22	43	7	1	14	0
Mujeres	29	57	15	1	12	2

**Cuadro 4.** Tipo de adenomas y pólipos detectados en hallazgos histopatológicos

Tipo de adenoma	Frecuencia (%)	Porcentaje	Acumulado (%)
Tubular	28	50.00	50.00
Velloso	0	0.00	50.00
Tubulo-veloso	2	3.57	53.57
Adenocarcinoma	2	3.57	57.14
Pólipo hiperplásico	24	42.86	100.00
Total	56	100.00	100.00

años el de mayor prevalencia con 40%, seguido del grupo de 53-60 años y 69-76 años con 35% y 30%, respectivamente. Esto resalta la importancia de la colonoscopia como medida de prevención y tamizaje en mayores de 50 años. En cuanto a los pólipos hiperplásicos se encuentra un aumento exponencial de la prevalencia directamente proporcional al grupo etario siendo los grupos de 69-76 años y el de 77-85 años los de mayor prevalencia con 25% cada uno (*Cuadro 2*).

Del total de los pacientes con colonoscopia positiva (n=51) el 55% son mujeres y 43% hombres, con una prevalencia de pólipos de 2:1 mayoritariamente en mujeres, 15 adenomas en hombres y 13 en mujeres, así como 2 casos de adenocarcinoma en mujeres (*Cuadro 3*).

De los 51 estudios, se encontraron 56 hallazgos correspondientes a dos casos con pólipos hiperplásicos + adenomas tubulares, 1 caso con adenocarcinoma + adenoma + pólipo hiperplásico y 1 caso con adenoma tubular + adenoma tubulo-veloso. El subtipo tubular fue el más común en el 50% de los

casos seguido de los pólipos en el 42.86% y posteriormente el subtipo tubulo-veloso y el adenocarcinoma ambos con 3.57% del total de los hallazgos (*Cuadro 4*).

De las 74 colonoscopias ajustadas por edad (> 50 años), 41 se realizaron en mujeres con una TDA del 29.2%, 33 estudios en hombres con su TDA del 36.3% y la TDA global con 24 estudios positivos para adenomas fue del 32.4%. Todos los valores están arriba del mínimo recomendado tanto por las guías americanas como por las europeas (*Cuadro 5*).

De las 110 colonoscopías analizadas, 48 son en hombres; de las cuales 33 en mayores de 50 años y 15 en menores de 50 años, al dividir a los mayores de 50 años por grupos de edad de 10 años encontramos un aumento importante en la TDA entre los 50-59 y 60-69 de más del 10%; no obstante, una reducción en el grupo de 70-80 atribuible al tamaño de la muestra. En cuanto a las 62 colonoscopías realizadas en mujeres, 21 fueron en menores del corte de 50 años y 41 en mayores. De igual manera se dividieron en grupos de edad y si bien, no hay una tendencia de la TDA a aumentar por cada década, si hay una diferencia significativa entre los menores de 50 años y todos los grupos mayores de 50 años de más del doble (*Cuadro 6*).

Dentro de los 51 estudios con hallazgos de adenomas; se encontraron también otros hallazgos endoscópicos siendo con la prevalencia de hemorroides y colitis espástica en más de la mitad de los pacientes con 86.27 y 78.43% respectivamente, seguido por 51% de prevalencia de enfermedad diverticular concomitante y con hallazgos menores de proctitis en un 11.7%, lipoma y rectosigmoiditis en un 3.2%, anastomosis, ileitis, angiodisplasia y colitis difusa en solo un caso representando el 1.97%. Varios pacientes presentan más de un diagnóstico (*Cuadro 7*).

**Cuadro 5.** Tasa de detección de adenomas.

Población	Adenomas detectados	Total de colonoscopías	Tasa de detección de adenomas (%)	Recomendación por guías internacionales
Mujeres > de 50 años	12	41	29.2	> 20% (ACG) > 25% (ESGE)
Hombres > de 50 años	12	33	36.3	> 30% (ACG) > 25% (ESGE)
Global > de 50 años	24	74	32.4	> 25%

ACG: American College of Gastroenterology. ESGE: European Society of Gastrointestinal Endoscopy.

**Cuadro 6.** Tasa de detección de adenomas por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Adenomas detectados	Total de colonoscopías	Tasa de detección de adenomas (%)
Hombres			
< 50 años	3	15	20.0
50-59 años	4	13	30.7
60-69 años	5	11	45.4
70-80 años	3	9	33.3
Total	15	48	31.2
Mujeres			
< 50 años	3	21	14.2
50-59 años	3	8	37.5
60-69 años	5	20	25.0
70-80 años	4	13	30.7
Total	15	62	24.1

**Cuadro 7.** Hallazgos adicionales endoscópicos

Hallazgos endoscópicos	Porcentaje	(N:51)
Colitis espástica	86.27	44
Hemorroides	78.43	40
Enfermedad diverticular	51.00	26
Proctitis	11.77	6
Lipoma	3.90	2
Rectosigmoiditis	3.90	2
Otros	7.80	4

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio de un total de 110 colonoscopias se obtienen 56 hallazgos histopatológicos compatibles con adenomas (30), pólipos hiperplásicos (24) y/o cáncer (2) en 51 colonoscopias completas. De los 110 estudios de colonoscopía, 30 presentaron al menos 1 adenoma por histopatología, lo que corresponde a una prevalencia del 27.27%, el grupo

de edad con mayor número de casos fue el de 61 a 68 años con 40%, tomando en cuenta que los de 53-60 años y 69-76 años con 35% y 30% respectivamente son los siguientes más prevalentes, se justifica la importancia de la colonoscopía como medida de prevención y tamizaje en mayores de 50 años. Para la TDA se aplicó el filtro de edad de mayores de 50 años, tomando en cuenta 74 colonoscopias con 24 estudios positivos para adenomas lo que corresponde a una TDA global del 32.4%. En los menores de 50 años (n = 36) se identificaron 6 adenomas adicionales dando una TDA 16.6%. Si se considera la población completa (n = 110) la TDA se reduce a un 27.2% por lo tanto se demuestra como el no hacer un ajuste por edad puede subestimar la verdadera calidad del procedimiento.

## DISCUSIÓN

La tasa de detección de adenomas, indicador central de la calidad en colonoscopia, está influenciada por múltiples factores que deben evaluarse de forma sistemática. Uno de

los más relevantes es la calidad de la preparación colónica. Espino, *et al.*,<sup>11</sup> recomiendan como pilar para mantener una TDA elevada la preparación intestinal rigurosa, medida con la escala de Boston (BBPS), con puntuaciones  $\geq 6$  en  $> 90\%$  de los estudios. En nuestra cohorte, todos los pacientes presentan preparación óptima (BBPS = 7), lo que probablemente contribuye a los buenos resultados de TDA observados.

La literatura reciente sintetiza estrategias multifactoriales para optimizar la TDA: Técnica de retirada metódica (p. ej., tiempo de retirada adecuado y exploración meticulosa de pliegues), maniobras dinámicas (cambio de posición, distensión equilibrada, técnica de inmersión), uso de cap distal, alta definición y cromoscopia/virtual, y cuando esté disponible, el apoyo de sistemas de detección asistida por computadora (CADe/IA).<sup>8,12,13</sup> Estos enfoques ofrecen un marco práctico para programas de mejora continua en distintos niveles de recurso.

En relación con la edad, Diamond, *et al.*,<sup>8,12</sup> demostraron un incremento de la TDA con cada década de vida a partir de los 50 años: en hombres de 27.8% (50-59), 33.6% (60-69) y 34.3% (70-79), y en mujeres de 15%, 22.4% y 26.1%, respectivamente. Aunque la muestra del presente estudio es de menor tamaño y no evidencia un aumento tan marcado, se observa un patrón similar, especialmente en hombres, con un pico de hasta 45.4% en el grupo de 60-69 años. Esto sugiere que, incluso en un ámbito privado y con menor volumen de procedimientos, es posible alcanzar niveles de detección comparables a los reportados en estudios multicéntricos cuando se adhieren estándares de calidad. En la misma línea, análisis recientes proponen que los umbrales de TDA podrían ajustarse por edad para reflejar la variación real de la prevalencia de adenomas y evitar sesgos al comparar centros con diferentes mezclas etarias.<sup>14</sup> Este punto es especialmente pertinente para México, donde el inicio de tamizaje y la composición por edad pueden variar según contexto.

El contexto clínico también importa. En colonoscopias de vigilancia (post-polipectomía/CRC) pueden emplearse métricas complementarias a la TDA (p. ej., adenomas por colonoscopia [APC], pólipos por colonoscopia [PPC]) para capturar mejor el rendimiento del endoscopista y del programa, como ha sido discutido en cohortes de vigilancia.<sup>15</sup> Por su parte, en programas organizados basados en prueba inmunoquímica fecal (FIT) se ha demostrado que la calidad global del proceso (incluida la TDA y otras métricas como la intubación cecal y la retirada) impacta en resultados poblacionales y debe monitorizarse de forma estandarizada para reducir cánceres de intervalo.<sup>16</sup> Finalmente, emergen propuestas de indicadores endoscópicos que estiman el rendimiento a partir de hallazgos endoscópicos sin esperar

histopatología, mostrando factibilidad y correlación con la TDA tradicional y facilitando retroalimentación más rápida para la mejora de calidad.<sup>17</sup>

Finalmente, Diamond, *et al.*,<sup>8</sup> reportan que los pacientes atendidos por endoscopistas con TDA  $< 20\%$  presentan un riesgo sustancialmente mayor (hasta diez veces) de desarrollar cáncer colorrectal (CCR), presumiblemente por una mayor proporción de adenomas no detectados. En el presente estudio, la TDA global es de 32.4%, lo que respalda la premisa de que mejorar la calidad de la colonoscopia –especialmente a través de una adecuada preparación y el monitoreo de indicadores– se asocia con una reducción del riesgo de CCR posterior al procedimiento.

## CONCLUSIONES

Con base en el análisis de los resultados, se encuentra que la prevalencia de adenomas en la población es de 27%, con mayor carga a partir de los 50 años, en concordancia con la evidencia internacional y con el punto de corte utilizado para el tamizaje y la detección temprana de CCR. La TDA (32.4%) se mantiene dentro de parámetros recomendados cuando se analiza exclusivamente a pacientes mayores de 50 años. La inclusión de pacientes más jóvenes reduce la TDA global, lo que subraya la importancia de ajustar la población base al reportar indicadores de calidad y de considerar metas estratificadas por edad, como sugiere la literatura reciente.

Para robustecer la evaluación de calidad, se recomienda reportar, además de la TDA, métricas complementarias en colonoscopias de vigilancia y alinear los estándares de los programas de tamizaje (incluidos los basados en FIT) con indicadores internacionales de proceso y resultado. La implementación escalonada de estrategias de mejora (optimización de retirada, maniobras dinámicas, alta definición/cromoscopia, y, cuando sea posible, apoyo de IA-CADe) puede incrementar la TDA de forma sostenible. Nuestros hallazgos enfatizan la necesidad de armonizar en México los métodos de cálculo y reporte de la TDA, considerando las actualizaciones de tamizaje y la epidemiología nacional del CCR, para asegurar comparabilidad entre centros y orientar estrategias de mejora continua.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no obtuvieron financiamiento de ningún tipo para la realización del presente estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Andrade A, *et al* (2023). Consorcio Mexicano de Investigación en Cáncer Colorrectal: etiología, diagnóstico, pronóstico y terapias innovadoras. *International journal of molecular sciences*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9917340>
2. Secretaría de Salud (2024). Estilo de vida para evitar el desarrollo de cáncer colorrectal. <https://www.gob.mx/salud/prensa/131-necesario-modificar-estilos-de-vida-para-evitar-desarrollo-de-cancer-colorrectal-iancan?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9jico%20el%20c%C3%A1ncer%20colorrectal,y%20ocho%20mil%20283%20defunciones>
3. Jabif F, *et al* (2025). Uso de la videocolonoscopia para el tamizaje del cáncer colorrectal: estudio descriptivo. *Revista de Gastroenterología de México*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.11.005>
4. OMS (2023). Cáncer colorrectal. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
5. ACS (2024). American Cancer Society Guideline for Colorectal Cancer Screening. ACS. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html>
6. Li X, *et al* (2024). Prevalence of diverse colorectal polyps and risk factors for colorectal carcinoma in situ and neoplastic polyps. *Journal of Translational Medicine*. <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-024-05111-z#:~:text=A%20recent%20study%20indicated%20that,the%20risk%20of%20colorectal%20cancer>
7. Torrecillas L, *et al*. Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. *Gaceta mexicana de Oncología* 2019; 18(4): 265-327. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2565-005X2019000400265#B2](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000400265#B2)
8. Diamond SJ, Enestvedt BK, Jiang Z, *et al*. La tasa de detección de adenomas aumenta con cada década de vida después de los 50 años. *Gastrointest Endosc* 2011; 74(1): 135-40. doi: 10.1016/j.gie.2011.03.1178
9. Shaukat A, *et al*. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *Am J Gastroenterol* 2021; 116(3): 458-79. doi: 10.14309/ajg.00000000000001122. PMID: 33657038
10. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, *et al*. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2017; 49(4): 378-397. doi: 10.1055/s-0043-103411
11. Espino A. Estrategias para mejorar la tasa de detección de adenomas y pólipos serrados durante una colonoscopia. *Gastroenterol latinoam* [Internet] 2024; 35(2): 56-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.46613/gastrolat2024002-05>
12. Scalvini D, Agazzi S, Maimaris S, Rovedatti L, Brinch D, Cappellini A, Ciccioli C, Puricelli M, *et al*. Strategies to Enhance the Adenoma Detection Rate (ADR) and the Serrated Polyp Detection Rate (SPDR) in Colonoscopy: A Comprehensive Review. *Gastroenterology Insights* 2025; 16(1): 9. <https://doi.org/10.3390/gastroent16010009>
13. Spadaccini M, Schilirò A, Sharma P, *et al*. Adenoma detection rate in colonoscopy: how can it be improved? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2023; 17(11): 1089-99. doi: 10.1080/17474124.2023.2273990
14. Mehta CH, Tumin D, Regan KA, Honaker MD. Should the adenoma detection rate quality metric vary by age? *Gastrointest Endosc* 2024. doi: 10.1016/j.gassur.2024.04.018
15. Tjaden JM, Hause JA, Berger D, *et al*. Adenoma detection rate metrics in colorectal cancer surveillance colonoscopy. *Surg Endosc* 2018; 32(7): 3108-13. doi: 10.1007/s00464-018-6025-3
16. Zorzi M, Senore C, Da Re F, *et al*. Equipe Working Group. Quality of colonoscopy in an organised colorectal cancer screening programme with FIT: the EQuIPE study. *Gut* 2015; 64(9): 1389-96. doi: 10.1136/gutjnl-2014-307954
17. Kawamura T, Sekiguchi M, Takamaru H, *et al*. “Endoscopic” adenoma detection rate as a quality indicator of colonoscopy: First report from the J-SCOUT study. *Dig Endosc* 2023; 35(5): 615-24. doi: 10.1111/den.14483



## Vólvulo de sigmoides. Reporte de caso

Jesús Alberto Bahena-Aponte,\* Mónica De Jesús-Mosso,† Antonio Moreno-Ruiz,‡  
Cindy Belén Larumbe-Hernández,|| Jorge González,† Quintín Héctor González-Contreras§

\* Cirujano Gastrointestinal y Laparoscopia. Hospital San Ángel Inn HMG. † Médico Cirujano. Universidad Nacional Autónoma de México.  
‡ Residente de Cirugía General. Hospital General "Dr. Jesús Gilberto Gómez Maza". || Médico Cirujano. Clínica de Gastroenterología, Hospital San Ángel Inn HMG.  
§ Interno. Hospital Houston Methodist, TX. § Cirujano Gastrointestinal y Coloproctología. Hospital San Ángel Inn HMG.

### *Sigmoid volvulus. Case report*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 87-90

#### RESUMEN

**Antecedentes.** El vólvulo sigmoides ocurre con la formación de un asa cerrada en la cual existe compromiso de la circulación sanguínea y dilatación del mismo, la causa principal es un fallo o laxitud de la fijación peritoneal.

**Caso clínico.** Hombre de 77 años sin antecedentes de relevancia acude a urgencias por cuadro de vólvulo sigmoides que requiere intervención quirúrgica de urgencias.

**Conclusiones.** El vólvulo de sigmoides es una patología rara de abdomen agudo que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

**Palabras clave.** Vólvulo de sigmoides, abdomen agudo, obstrucción intestinal, sigmoidectomía.

#### ABSTRACT

**Background.** Sigmoid volvulus occurs with the formation of a closed loop in which there is compromised blood circulation and dilation; the main cause is a failure or laxity of peritoneal fixation.

**Case report.** A 77 year-old man with no relevant history comes to the emergency room due to sigmoid volvulus that requires emergency surgery.

**Conclusions.** Sigmoid volvulus is a rare pathology of the acute abdomen that requires high clinical suspicion for early diagnosis and timely treatment

**Key words.** Sigmoid volvulus, acute abdomen, intestinal obstruction, sigmoidectomy.

#### INTRODUCCIÓN

El vólvulo es una torsión del intestino alrededor del eje de su mesenterio. En el caso de un vólvulo sigmoideo, la torsión se produce en el mesenterio sigmoideo en su base. El vólvulo sigmoideo es el tipo más común de vólvulo del colon. Menos comunes son el vólvulo del colon transverso y el vólvulo de ciego. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con menor movilidad, postrados en cama e institucionalizados, generalmente con antecedentes de estreñimiento crónico.<sup>1,2</sup>

#### Epidemiología

El vólvulo del colon sigmoideo es la tercera causa de obstrucción a nivel de colon, con una incidencia que es variable, que tiene una incidencia mayor en países de Medio Oriente, África e India. Se ha reportado menor incidencia en los Estados Unidos, Nueva Zelanda, países de Europa Occidental y Australia. Más de 95% de los casos involucran colon sigmoides. De 50 a 80% de los vólvulos de sigmoides son la etiología más común de oclusión intestinal en países en desarrollo.<sup>3</sup> En países occidentales se suele presentar

#### Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras

Calle Árbol del Fuego Núm. 80, Torre de consultorios. Col. El Rosario. C.P. 04380. Alcaldía Coyoacán. CDMX, México  
Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

en pacientes de la sexta a la octava década de la vida con padecimientos médicos crónicos, incapacidad neuropsicológica o estreñimiento. En estudios realizados recientemente se ha reportado una prevalencia 2:1 de vólvulo sigmoideo en hombres, principalmente en pacientes de edad avanzada (mayores de 70 años), esto es en asociación a estreñimiento crónico, obstrucción distal y trastorno neurocognitivo mayor.<sup>4-6</sup>

### Etiología y fisiopatología

El vólvulo es un ejemplo clásico de obstrucción del asa cerrada del intestino grueso. Si tanto la entrada como la salida del colon están obstruidas, el intestino obstruido continuará distendiéndose debido a una gran cantidad de bacterias formadoras de gas, atrapadas en su interior. Esto eventualmente conducirá a una perforación del segmento obstruido.<sup>1</sup>

Mientras el colon está obstruido y distendido, se altera el suministro de sangre, lo que conduce a la isquemia, así como a la translocación bacteriana de la flora intestinal. Por lo general, primero se ve afectado el flujo venoso, lo que aumenta aún más la congestión, hasta que se detiene el suministro arterial. La mucosa colónica es más susceptible a la agresión isquémica, lo que conduce a una barrera deteriorada y a la translocación de bacterias, hasta que la isquemia afecta a los músculos y la serosa, lo que conduce a la necrosis y la perforación.<sup>1</sup>

El vólvulo sigmoideo puede convertirse en una situación recurrente y en aquellos pacientes tratados de forma conservadora, la base del mesenterio acabará volviéndose fibrótica y el intestino quedará crónicamente distendido.<sup>1</sup>

### Diagnóstico

El cuadro clínico típico se presenta en pacientes > 60 años y en tratamiento de alguna patología psiquiátrica que causa constipación crónica, acompañado de alguno de los siguientes factores: antecedente de estreñimiento, oclusión recurrente, dependencia al uso de laxantes, diabetes mellitus, estancia en cama prolongada, antecedentes de hospitalizaciones. La patología debutó con dolor abdominal de tipo cólico, náusea, vómito y constipación; suele haber distensión abdominal, grados variables de dolor abdominal, ruidos peristálticos disminuidos o aumentados y ámpula rectal vacía a la exploración rectal, aunque un porcentaje puede cursar como asintomáticos inicialmente. El 33% de los pacientes presenta la triada del vólvulo de sigmoides, vómitos, dolor tipo cólico con constipación y distensión abdominal. De 30 a 40% de los pacientes va a presentar antecedente de oclusión intestinal.<sup>1,3</sup>

### Tratamiento

El diagnóstico oportuno en pacientes estables permite múltiples opciones diagnóstico-terapéuticas quirúrgicas, endoscópicas o intervencionistas, ya sean transitorias o definitivas. Dentro del tratamiento para el vólvulo sigmoideo no complicado, el primer paso es realizar una colonoscopia diagnóstica terapéutica para valorar la viabilidad sigmoidea, así como también la detorsión del mismo. Si hay imágenes sugestivas de necrosis, datos bioquímicos de isquemia o el recurso endoscópico no es accesible, el paciente amerita cirugía de urgencia.<sup>1,3</sup>

La resección y anastomosis mecánica se apoya de herramientas para realizar un cierre hermético mediante grapeo de todas las capas intestinales, lo que ayuda a optimizar el tiempo quirúrgico. La más utilizada es la engrapadora circular para anastomosis término-terminal o término-lateral, con la presencia de tres líneas de grapas direccionales a distintos niveles para realizar mejor hermeticidad, menor estrés tisular y mejor perfusión de los bordes anastomóticos. Pueden reforzarse con una capa de sutura manual con puntos hemostáticos invaginantes. Diversos estudios apoyan la teoría de que no existe diferencia significativa entre la anastomosis manual *versus* la anastomosis mecánica, ya que ambas resultan en una cicatrización aceptable y adecuada fuerza tensil, con similar tasa de fuga anastomótica.<sup>7</sup>

La derivación fecal a través de una ileostomía en asa o colostomía proximal, de mayor uso en la cirugía oncológica, ofrece protección para una anastomosis colorrectal de alto riesgo desde un aspecto técnico. Los pacientes con ileostomía de protección demostraron una tasa de complicaciones significativamente más alta en estomas de alto gasto que los pacientes con colostomías, mientras que los pacientes con colostomía presentaron mayor tasa de complicaciones en cuanto a infección de herida, eventración contenida del abdomen y reconstitución del tránsito intestinal.<sup>8-10</sup>

### CASO CLÍNICO

Hombre masculino de 77 años de edad sin antecedentes crónicos-degenerativos ni antecedentes quirúrgicos previos. Refiere tres días de evolución con distensión y dolor abdominal de tipo cólico difuso con predominio en flanco izquierdo acompañado de ausencia de evacuaciones y canalización de gases, así como intolerancia a la vía oral, niega fiebre y escalofríos. Se trató con analgesia vía oral sin mejoría. El paciente refiere la exacerbación del dolor abdominal en las últimas 24 horas por lo que solicita valoración médica.

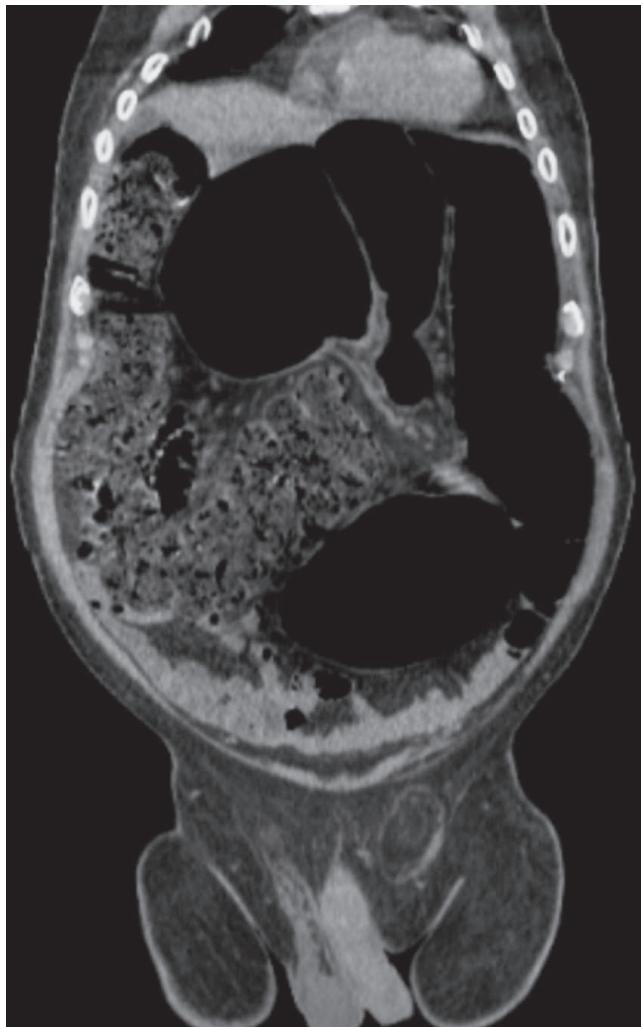
A la exploración física se encontró paciente masculino quejumbroso, neurológicamente íntegro, mucosas poco hidratadas, con taquicardia, campos pulmonares se auscultan

ventilados, el abdomen se observa distendido, peristalsis ausente, timpánico a la percusión de predominio en flanco izquierdo, al tacto rectal se encuentra ámpula vacía, sin presencia de masas o tumores.

Se realizan laboratorios encontrando leucocitosis a expensas de neutrofilia. El resto de laboratorios dentro de parámetros normales.

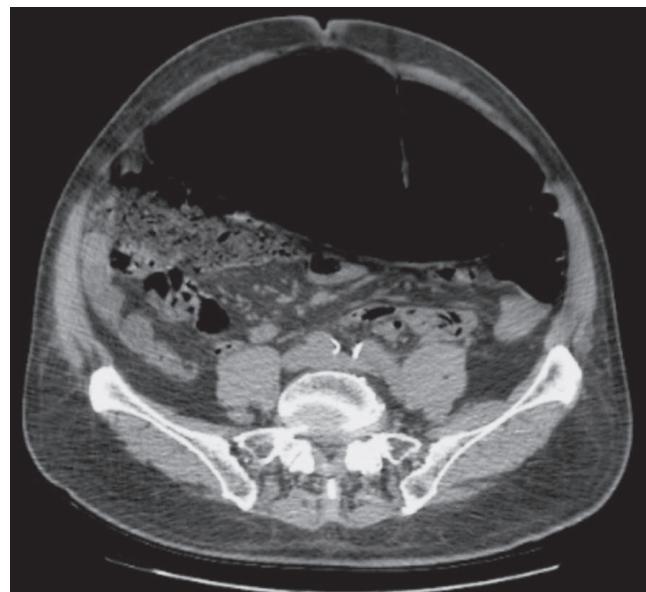
Se realiza TAC donde se visualiza importante dilatación de asas de colon sigmoides y de colon descendente (*Figuras 1 y 2*).

Se decide realizar laparotomía de urgencia donde se encontró dilatación de colon descendente y sigmoides. Se realiza sigmoidectomía y colo-recto anastomosis con ileostomía de protección debido a indicación quirúrgica de urgencia. (*Figura 3*).

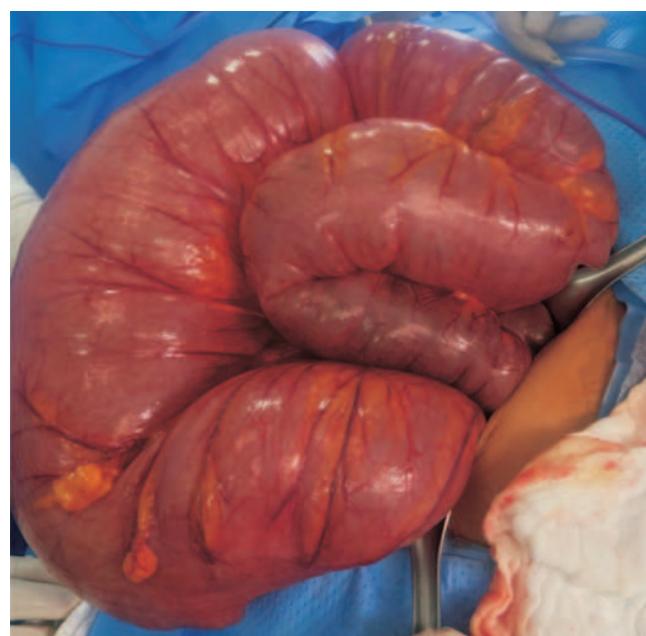


**Figura 1.** TAC de abdomen simple en corte coronal donde se visualiza distensión de colon descendente y sigmoides.

El paciente tuvo una evolución favorable, con gasto dentro de parámetros y características normales a través de la ileostomía. Fue dado de alta al tercer día del postquirúrgico y enviado a la consulta de colon y recto para posterior protocolo de restitución intestinal.



**Figura 2.** TAC de abdomen simple en corte axial a nivel de la cicatriz umbilical donde observa importante dilatación colónica.



**Figura 3.** Se observa vólvulo de sigmoides con importante dilatación.

## CONCLUSIONES

El vólvulo de sigmoides es una patología rara de abdomen agudo que requiere una alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Muchas veces el diagnóstico clínico es un reto y los estudios radiológicos nos apoyan en el abordaje de estos pacientes. La resolución quirúrgica es un tratamiento definitivo con buenos resultados como en el caso clínico aquí presentado, donde la anastomosis baja fue protegida con una ileostomía para su posterior restitución del tránsito intestinal.

## REFERENCIAS

1. Lieske B, Antunes C. Vólvulo sigmoideo [Actualizado el 28 de mayo de 2023]. En: StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441925>
2. Tejera-Hernández AA, Betancort-Rivera N, Pérez-Alonso E, Hernández Hernández JR. Vólvulo de sigmoideo por enfermedad de Chagas. *Emergencias* 2018; 30(6): 437-8.
3. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg* 2016; 153: 183-92.
4. Ibáñez-Sanz L, Borruel-Nacenta S, Cano-Alonso R, Díez-Martínez P, Navallas-Irujo M. Vólvulos del tracto gastrointestinal. Diagnóstico y correlación entre radiología simple y tomografía computarizada multidetector. *Radiología* 2015; 57: 35-43.
5. Mucino-Pérez LA, et al. Vólvulo de sigmoides. Revisión de la literatura. *Cir Gen* [online] 2021; 43(3): 165-75. Disponible en: Epub 02-Jun-2023. ISSN 1405-0099. <https://doi.org/10.35366/108569>
6. Tirol FT. Cecocolic torsion: classification, pathogenesis, and treatment. *JSLS* 2005; 9: 328-34.
7. Campos-Badillo JA, Rojas-Huizar JA, Vargas-Ávila AL, Chávez-Acevedo S, López-Olivera KD. Mesosigmoidoplastia: una técnica alternativa para el manejo de vólvulos de sigmoides en pacientes críticos. *Cir Gen* 2019; 41: 300-6.
8. Hanna MH, Vinci A, Pigazzi A. Diverting ileostomy in colorectal surgery: when is it necessary? *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 145-52.
9. Klek S, Pisarska M, Milian-Ciesielska K, Cegielny T, Choruz R, Salówka J, et al. Early closure of the protective ileostomy after rectal resection should become part of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol: a randomized, prospective, two-center clinical trial. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2018; 13: 435-41.
10. Gavriilidis P, Azoulay D, Taflampas P. Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: a systematic review, updated conventional meta-analysis, and cumulative meta-analysis. *Surg Today* 2019; 49: 108-17.



# Enfermedad Hemorroidal. Segundo Curso Conjunto entre la Academia Mexicana de Cirugía, la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo y el Hospital Juárez de México (40º aniversario luctuoso del sismo de 1985)

Ulises Rodríguez-Wong\*

\* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Angeles Health System.  
Doctor en Ciencias, ExPresidente de la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez, SC.

***Hemorrhoidal Disease.***  
***Second Joint Course between the Mexican Academy of Surgery,  
the Mexican Association of Digestive System Surgery,  
and the Hospital Juarez of Mexico  
(40th mourning anniversary of the 1985 earthquake)***

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 91-96

En el Auditorio de la Academia Mexicana de Cirugía, el día 29 de mayo del 2025, se llevó a cabo el Segundo Curso Conjunto “Enfermedad Hemorroidal”, fungiendo como Coordinador el Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong, con el aval de la Academia Mexicana de Cirugía, de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo y del Hospital Juárez de México.

Durante la ceremonia inaugural acudió el Acad. Dr. Héctor Faustino Noyola Villalobos, vicepresidente de la Academia Mexicana de Cirugía, en representación del Acad. Dr. José Ángel Cerdova Villalobos, presidente de la Academia Mexicana de Cirugía; acudió también la Dra. Ingrid Urrutia, jefa de la División de Cirugía del Hospital Juárez de México, en representación del Acad. Dr. Gustavo Lugo Zamudio, director General del Hospital Juárez de México.

Se contó con la afable presencia del Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis, presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo; también estuvieron en el presídium el Acad. Dr. Rafael Medrano Guzmán, coordinador de la Comisión Científica de la Academia Mexicana de Cirugía; y la Dra. Gloria González Uribe, vicepresidenta de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. El Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong, Coordinador del Curso, dirigió unas palabras recordando los trágicos acontecimientos del sismo de 1985 en el Hospital Juárez de México, y el Acad. Dr. Héctor Faustino Noyola Villalobos realizó la declaratoria inaugural del curso (*Figura 1*).

Participaron distinguidos Profesores especialistas en temas de cirugía gastroenterológica y coloproctología; y se contó con la asistencia de 72 alumnos.

#### Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong  
Tepic Núm. 113, Cons. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México  
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx



**Figura 1.** De izquierda a derecha: Dr. Jorge Feria-Rojas, Acad. Dr. Luis Charúa-Guindic, Acad. Dr. Ulises Rodríguez-Wong, Acad. Dr. Juan Miguel Abdo-Francis, Dra. Gloria González Uribe, Dra. Ingrid Urrutia, Acad. Dr. Héctor Faustino Noyola-Villalobos, Acad. Dr. Rafael Medrano-Guzmán, y Acad. Dr. José Manuel Correa-Rovelo.

Academia Mexicana de Cirugía  
Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo  
Hospital Juárez de México Invitan al curso

## II CURSO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL

29 DE MAYO DEL 2025



Inscripciones: [amec@amc.org.mx](mailto:amec@amc.org.mx)



**Auditorio de la Academia Mexicana de Cirugía**  
Av. Cuauhtémoc 330, 2º Piso del Bloque B de la Unidad de Congresos  
Centro Médico Nacional Siglo XXI, Col. Doctores.



<b>FECHA</b>	29 de mayo de 2025
<b>HORARIO</b>	08:00 – 15:00 horas
<b>SEDE</b>	Formato presencial
<b>INSCRIPCIONES</b>	<p>Cuota de recuperación</p> <p>\$1,500.00 Médicos especialistas</p> <p>\$1,000.00 Médicos generales</p> <p>\$500.00 Residentes y Enfermeras</p> <p>\$200.00 Estudiantes de medicina</p> <p>Datos Bancarios: Academia Mexicana de Cirugía cuenta BBVA 0166956254 Clabe Interbancaria 012180001669562540</p>
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar a los médicos en el diagnóstico oportuno de la enfermedad hemorroidal. Y dar a conocer las nuevas opciones de tratamiento que permitan a los pacientes reintegrarse más tempranamente a sus actividades.



## PROGRAMA

- 08:00 – 08:20 **REGISTRO**
- 08:30 – 09:00 **Epidemiología y manifestaciones clínicas de la enfermedad hemorroidal**  
Dr. Jorge Feria Rojas
- 09:00 – 09:30 **Manifestaciones dermatológicas de la enfermedad hemorroidal**  
Dra. Gayne Ruby Medina Murillo
- 09:30 – 10:00 **Enfermedad hemorroidal e hipertensión portal. Mitos y realidades**  
Acad. Dr. Omar Vergara Fernández
- 10:00 – 10:30 **Trombosis hemorroidal**  
Dr. Américo Gavin Carreón
- 10:30 – 11:00 **Ligadura con banda elástica para la enfermedad hemorroidal interna**  
Acad. Dr. Ulises de Jesús Rodríguez Wong
- 11:00 – 11:30 **Fotocoagulación con infrarrojo en enfermedad hemorroidal**  
Acad. Dr. Luis Charúa Guindic
- 11:30 – 12:00 **INAUGURACIÓN**  
**Acad. Dr. José Ángel Córdova Villalobos**  
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía  
**Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis**  
Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo  
**Acad. Dr. Gustavo Lugo Zamudio**  
Director General del Hospital Juárez de México  
**Acad. Dr. Héctor Faustino Noyola Villalobos**  
Vicepresidente de la Academia Mexicana de Cirugía



12:00 – 12:30	<b>¿Hemorroidectomía con técnica semicerrada, cerrada o abierta?</b> Dr. Jesús Bahena Aponte
12:30 – 13:00	<b>Hemorroidopexia con engrapadora circular PPH</b> Acad. Dr. José Manuel Correa Rovelo
13:00 – 13:30	<b>Desarterialización hemorroidal transanal THD</b> Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras
13:30 – 14:00	<b>Hemorroidectomía con ligasure y bisturí armónico</b> Acad. Dr. Ulises de Jesús Rodríguez Wong
14:00 – 14:30	<b>Incontinencia fecal secundaria a hemorroidectomía</b> Dr. Gonzalo Federico Hagerman Ruiz Galindo
14:30 – 15:00	<b>Manejo postoperatorio de las hemorroidectomías</b> Acad. Dr Eduardo Villanueva Sáenz
15:00	<b>CLAUSURA</b>



## NORMAS PARA LOS AUTORES

# REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2025 / p. 97-100

La Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, Órgano Oficial de Difusión Científica de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C., publica artículos originales inéditos sobre temas relacionados con medicina y cirugía, previamente aprobados por el Comité Editorial de la Revista, en español o inglés, nacionales o extranjeros.

El manuscrito deberá entregarse en tres tantos y en versión electrónica en USB, acompañado de una carta de presentación y la hoja de cesión de derechos. El texto deberá escribirse en computadora en hojas tamaño carta de 20.3 x 26.7 o 21.6 x 27.9 cm, a doble espacio y margen de 2.5 cm por lado. El tipo de letra deberá ser en Arial de 12 puntos, en Word 95 o posterior.

La extensión máxima de los trabajos será la siguiente:

- Editorial: cinco cuartillas y cinco referencias.
- Artículo original: 20 cuartillas, seis cuadros, seis figuras y 30 referencias.
- Artículo de revisión o monografía: 15 cuartillas, seis cuadros, seis figuras y 30 referencias.
- Caso clínico: diez cuartillas, seis figuras o cuadros y 20 referencias.
- Artículo de Historia: 15 cuartillas, seis figuras y 30 referencias.
- Carta al editor: una cuartilla, un cuadro, una figura y cinco referencias.

El manuscrito comprenderá: hoja frontal con título en español e inglés (máximo 12 palabras, deberá ser preciso y congruente con el contenido del trabajo; título breve, máximo seis palabras con

el primer apellido e iniciales del primer autor para cornisas), todas las hojas deberán ser numeradas progresivamente. Resumen en español e inglés con un máximo de 150 palabras, en donde se señalará la hipótesis de trabajo, material y métodos, análisis estadístico, resultados y conclusiones; un máximo de 12 palabras clave y key words. Los resúmenes podrán ser desatados o de preferencia estructurados con 250 palabras. Texto, que comprende: introducción o antecedentes, material y métodos (contendrá aspectos éticos y pruebas estadísticas), resultados, discusión y agradecimientos. Referencias, cuadros y figuras, que se enumerarán con números arábigos.

En la primera página se anotará también el nombre de los autores, servicio o departamentos, instituciones a las que pertenecen, evento académico en donde fue presentado el texto; dirección, teléfono y correo electrónico del primer autor. Cuando se trate de experimentos en animales se indicará si se siguieron las normas de cuidados y uso de animales de laboratorios del *National Research Council*.

Cada trabajo deberá acompañarse de tres juegos de las ilustraciones del mismo, los esquemas deberán ser dibujados profesionalmente y entregarse en original; las fotografías clínicas deberán ser en blanco y negro o en color, en tamaño postal 12.5 x 17.3 cm. En caso de impresión a color el autor pagará los gastos de esta impresión. Cada fotografía llevará al reverso una etiqueta que indique su número progresivo, posición de la imagen con una flecha, título del trabajo a que corresponde y nombre del autor principal; los pies de figura deberán entregarse en cuartilla separada. Asimismo, se entregarán las figuras en formato electrónico en Power Point o JPG. Se recomienda guardar los

archivos por posibilidad de extravío del material, así como respaldo en computadora.

Para las notas al pie de página se utilizarán los símbolos convencionales. Se señalará el lugar dentro del texto en donde se incluirán las figuras.

Las referencias se enumerarán progresivamente según aparezcan en el texto, es decir, en orden cronológico (no ponerlas en orden alfabético) se debe omitir “comunicación personal” y puede anotarse “en prensa” cuando un trabajo ya se ha aceptado para publicación en ésta u otra revista; en caso contrario, anotarlo como “observación no publicada”. Cuando los autores sean seis o menos, deberán anotarse todos, pero cuando sean más se anotarán los seis primeros seguidos de *et al.* No se permiten más de cuatro autocitas del autor principal del artículo. Las referencias se presentarán de la siguiente manera:

- **De revista:** Rodríguez-Wong U. Ligadura con banda elástica en el tratamiento de hemorroides internas: tasas de éxito. *Rev Mex Cir Ap Dig* 2015; 4(2): 72-5.
- **Más de seis autores:** Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.
- **Autor corporativo:** The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.
- **No se indica el nombre del autor:** Cancer in South Africa (editorial). *S Afr Med J* 1994; 84: 15.
- **Artículo en idioma extranjero (no inglés):** Ryder TE, Haukeland BA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos udligere risk kvinne. *Tidssker Nor Laegeforen* 1996; 116: 41-2.
- **Directores (editors) o compiladores como autores:** Norman IJ, Redfern SJ (eds.). Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- **Organización como autor y editor:** Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington (DC): The Institute; 1992.
- **Capítulo de libro:** Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM (eds.). Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.
- **Actas de conferencias:** Kimura J, Shibasaki H (eds.). Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995, Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- **Artículo presentado en una conferencia:** Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Luc KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O (eds.). MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland, Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.
- **Informe científico o técnico:** Publicación por agencia subvencionadora/patrocinadora: Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSI-GOE169200860.
- **Número por agencia patrocinadora:** Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC (eds.). Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.
- **Tesis doctoral:** Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.
- **Patente:** Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5, 529, 067. 1995; jun 25.

**OTROS TRABAJOS PUBLICADOS:**

- **Artículos de periódico:** Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).
- **Suplemento de un volumen:** Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Eviron Health Perspect* 1994; 102(Suppl. 1): 275-82.
- **Suplemento de un número:** Payne KD, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23(1 Supl. 2): 89-97.
- **Parte de un volumen:** Osben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995; 32(Pt. 3): 303-6.
- **Parte de un número:** Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. *NZ Med J* 1994; 107 (986 Pt. 1): 377-8.
- **Número sin volumen:** Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. *Clin Orthop* 1995; (320): 110-4.
- **Sin número ni volumen:** Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. *Cur Opin Gen Surg* 1993; 325-33.
- **Paginación en números romanos:** Fisher GA, Sikic Bl. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995; 9(2): XI-XII.
- **Indicaciones del tipo de artículo, según corresponda:**
  - Enzensberger W, Fisher PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.
  - Clement J, De Bock R. Hematologic complications of hantavirus nephropathy (HVN) [resumen]. *Kidney Int* 1992; 42: 1285.

- **Artículo que contiene una retractación:** Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in El mice [retractación de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. En: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995; 11: 104.
- **Artículo retirado por retractación:** Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retractación en *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35: 3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35: 1083-8.
- **Artículo sobre el que se ha publicado una fe de erratas:** Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [Fe de erratas en: *West J Med* 1995; 162: 278]. *West J Med* 1995; 162: 28-31.

**LIBROS Y  
OTRAS MONOGRAFIAS:**

- **Individuos como autores:** Ringsve MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- **Citas de internet:** Deberán realizarse de acuerdo con las normas internacionales actuales vigentes, de tal manera que pueda accederse fácilmente al sitio referido.
- **Material audiovisual:** HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

**DOCUMENTOS LEGALES:**

- **Derecho público:** Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L. No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).
- **Mapas:** North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 (demographic map). Raleigh: North Carolina Dept. of Environment, Health, and Natural Resources. Div. of Epidemiology; 1991.

- **Libro de la Biblia:** The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3: 1-18.
- **Diccionario y referencias similares:** Stedman's medical dictionary. 26th. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.
- **Obras clásicas:** The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.
- **En prensa:** Leshner AI. Molecular mechanism of cocaine addiction. *N Engl J Med* [En prensa] 1997.
- **Artículo de revista en formato electrónico:** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
- **Monografía en formato electrónico:** CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
- **Archivos en computadora:** Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Para información complementaria se recomienda consultar el artículo *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors* de 1997, publicado en las principales revistas mexicanas incluidas en Artemisa.

Los trabajos no aceptados se devolverán a los autores con un anexo explicando el motivo.

La Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo enviará al autor principal dos ejemplares del número en el cual se publicó su trabajo.

Los trabajos deberán enviarse, debidamente protegidos, a los editores:

**Revista Mexicana de  
Cirugía del Aparato Digestivo**

Asociación Mexicana de  
Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.,  
Tlaxcala, Núm. 161, Int. 501.  
Col. Hipódromo Condesa, C.P. 06100,  
Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.  
Tels.: 55 5286-9218 y 55 5211-4019.

Correo electrónico: [revista.amcad@hotmail.com](mailto:revista.amcad@hotmail.com)

**Dr. Ulises Rodríguez-Wong  
Editor en Jefe**





# International Surgical Week

The World's Congress of Surgery

## 51st World Congress of the International Society of Surgery ISS/SIC

Jointly organized with the 34th International Congress of the Mexican Association of Endoscopic Surgery



Asociación Mexicana de  
Cirugía Endoscópica, A.C.

HOTEL CAMINO REAL POLANCO

isw2026.org

**19-23 April 2026  
Mexico City, Mexico**

### International Society of Surgery ISS/SIC and its Integrated Societies

- IATSIC - International Association for Trauma Surgery and Intensive Care
- IASMEN - International Association for Surgical Metabolism and Nutrition
- BSI - Breast Surgery International
- ISDS - International Society for Digestive Surgery

**#ISW2026Mexico**

**Abstract Deadline:  
08 August 2025**

**isw2026.org**  
**surgery@iss-sic.com**