

Retención de cápsula endoscópica como complicación de enteritis actínica: reporte de un caso

Autores Edmundo Martínez,¹ Amador Guzmán,¹ Sergio Plotnikov,² María Villegas,³ Alfonso Tovar,¹ Roberto León¹

Afiliaciones ¹Gastroenterólogos del Instituto Medico La Floresta, Caracas, Venezuela. ²Cirujano Laparoscopista del Instituto Medico La Floresta, Caracas, Venezuela. ³Médico Radioterapeuta del Instituto Medico La Floresta, Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2013;67(3):166-169. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dr. Manuel Carreiro. Médico Gastroenterólogo. Adjunto de Gastroenterología del Hospital Dr. Domingo Luciani, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.

Correo-e: carreiromanuel@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de Noviembre de 2012. Fecha de revisión: 19 de Junio de 2013. Fecha de aprobación: 25 de Junio de 2013.

Resumen

Introducción: La cápsula endoscópica es un método, que ha modificado el enfoque diagnóstico de numerosos procesos patológicos en el intestino delgado, sin embargo presenta complicaciones como la retención de la misma. Se estima en la literatura mundial que esta suele ocurrir en menos del 2% de los casos.

Presentación de caso: Femenino de 40 años de edad, con antecedente de cáncer de cuello uterino (2011) en tratamiento con quimioterapia, radioterapia convencional y braquiterapia, que presenta cuadro clínico caracterizado por dolor urente en mesogastrio, y emesis de aspecto biliosos. **Examen físico:** ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación de mesogastrio sin irritación peritoneal. Radiografía de abdomen y ecosonograma abdominal normales. TAC abdomino pélvica con contraste oral con adecuada progresión de contraste hasta el recto. Se practica gastroscopia y colonoscopia sin evidencia de alteraciones. En vista de persistencia de sintomatología se indica realización de cápsula endoscópica observando en íleon distal, a los 246 minutos del paso duodenal, área muy congestiva, con una úlcera circunferencial friable, que no permite el avance de la misma. Se indica tratamiento médico con laxantes por 72 horas, el cual es infructuoso, por lo cual es llevada a mesa operatoria por presentar signos francos de obstrucción intestinal. Los hallazgos fueron: adherencias en flanco y fosa ilíaca derecha, las cuales fueron liberadas, y segmento de íleon a 10 cm de la válvula ileocecal con inflamación franca, practicándose resección y anastomosis termino-lateral. El estudio histopatológico reportó enteritis crónica activa exulcerada, necrosis fibrinoide de pequeños vasos, y fibrosis en la submucosa. Paciente con post-operatorio exitoso decidiéndose el egreso de la institución. **Discusión:** Excelente correlación entre los hallazgos de la cápsula endoscópica y la intervención quirúrgica. Los hallazgos de la cirugía se encuentran relacionados al uso de radioterapia convencional, por lo cual recomendamos la realización de pexia de los órganos que se encuentren en el campo de irradiación, previo a la misma, y de un tránsito intestinal antes de indicar la cápsula endoscópica.

Palabras clave: Cápsula endoscópica, braquiterapia, enteritis crónica, necrosis fibrinoide.

RETENTION OF CAPSULE ENDOSCOPY AS A COMPLICATION OF RADIATION ENTERITIS: A CASE REPORT

Summary

Introduction: Capsule endoscopy is a method that has changed the diagnostic approach to many pathological processes in the small intestine, but it has complications such as retention of the same, is estimated in the literature that this usually occurs in less than 2% cases. **Case presentation:** Women 40 years of age, with a history of cervical cancer (2011) undergoing chemotherapy, conventional radiation therapy, and brachytherapy, presenting clinical picture characterized by burning pain in mid-gut, and bilious emesis aspect. **Physical exam:** present bowel sounds, tenderness of mesogastrium without peritoneal irritation. Abdominal radiography and abdominal ultrasonography normal. Pelvic CT with oral contrast Abdomino with progression adequate contrast to the rectum. Gastroscopy and colonoscopy was performed without evidence of tampering. In view of the persistence of symptoms embodiment shown in watching endoscopic capsule distal ileum, to 246 minutes of step duodenal study, very congestive area with a circumferential friable ulcer which does not allow the advance thereof. Indicated medical treatment with laxatives for 72 hours being fruitless, operating table being carried by presenting overt signs of intestinal obstruction. The findings were: adhesions flank and right lower quadrant, which were released and ileal segment 10 cm from the ileocecal valve with frank inflammation resection and end-side anastomosis. Histopathological study reported chronic active enteritis exulcerada, fibrinoid necrosis of small vessels, and fibrosis in the submucosa. Postoperative patient deciding successful graduation from the institution. **Discussion:** Excellent correlation between the findings of capsule endoscopy and surgery. The findings at surgery are related to the use of conventional radiotherapy, so we recommend an pexia of the organs that are in the radiation field, prior to it, and intestinal transit before indicating capsule endoscopy.

Key words: capsule endoscopy, brachytherapy, chronic enteritis, fibrinoid necrosis.

Introducción

La cápsula endoscópica es un método, que ha modificado el enfoque diagnóstico de numerosos procesos patológicos en el intestino delgado, la misma fue desarrollada a finales de la década de los 90.¹ Cada día son más las indicaciones de la cápsula endoscópica, sin embargo, esta clásicamente se realiza en: hemorragia digestiva de origen oscuro, sospecha de enfermedad de Crohn, sospecha de tumores de intestino delgado, y sospecha de síndromes malabsortivos refractarios.²

La cápsula endoscópica es considerada como una técnica segura, sin embargo existen una serie complicaciones que debemos tener presente ante su eventual aparición. La retención de la misma aunque es poco frecuente entra dentro de este grupo.

Presentación de Caso

Se trata de paciente femenino de 40 años de edad, con antecedente de cáncer de cuello uterino (2011) en tratamiento con quimioterapia, radioterapia convencional, y braquiterapia (hasta diciembre del 2011), que refiere inicio de su enfermedad actual 10 días previo a su ingreso, caracterizado por dolor urente en mesogastrio, emesis de aspecto biliosos, y astenia. Antecedentes personales: Ca de cuello uterino IIB (2011), 2 cesáreas anteriores. Examen físico de ingreso: TA: 130/80 mmHg, FC: 83 lpm, FR: 18 rpm, piel blanca, deshidratada leve, Tórax: simétrico, normoexpansible, RsCsRs sin soplos, no R3, no R4, RsRsPs sin agregados, Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación de mesogastrio sin irritación peritoneal. Resto del examen físico sin alteraciones.

Se solicitan estudios paraclínicos: radiografía de abdomen y ecosonograma abdominal, los cuales se encuentran entre límites normales. Se indica realización de examen de laboratorio (Ver **Cuadro 1**). Sin embargo, en vista de persistencia de sintomatología se indica la realización de TAC abdomino pélvica con contraste oral, en el cual se aprecia adecuada progresión de contraste oral hasta el recto.

Se practica gastroscopia y colonoscopia sin evidencia de alteraciones. En vista de persistencia del dolor abdominal, se indica realización de cápsula endoscópica (Ver **Figura 1**), observando en ileon distal, a los 246 minutos del paso duodenal, área muy congestiva, con una úlcera circunferencial friable, que no permite el avance de la misma.

Dada la retención de la cápsula endoscópica (Ver **Figura 2**), se inicia tratamiento médico con laxantes por 72 horas lo cual es infructuoso, por lo cual es llevada a mesa operatoria por presentar signos francos de obstrucción intestinal. Los hallazgos fueron: 1) Adherencias en flanco y fosa ilíaca derecha, las cuales fueron liberadas, 2) Segmento de ileon a 10 cm de la válvula ileocecal con inflamación franca, practicándose resección y anastomosis termino-lateral. El estudio histopatológico de la pieza operatoria, reportó enteritis crónica activa exulcerada, necrosis fibrinoide de pequeños vasos y fibrosis en la submucosa. La paciente presenta un post-operatorio exitoso decidiéndose el egreso de la institución.

Cuadro 1 Exámenes de laboratorio al ingreso (28-02-2012)

Glóbulos blancos	4200	Glicemia	106	Bilirrubina total	0,24
Ne	71%	BUN	4	Bilirrubina directa	0,06

Cont. Cuadro 1 Exámenes de laboratorio al ingreso (28-02-2012)

Ly	13%	Creatinina	1 <th>Proteínas totales</th> <td>5,9</td>	Proteínas totales	5,9
Hb	11,1	TGO	30	Albumina	3,1
Hcto	34,2%	TGP	66	Sodio	142
Plaquetas	224.000	LDH	176	Potasio	4,2

Fuente: Laboratorio del Instituto Medico la Floresta, Caracas-Venezuela.

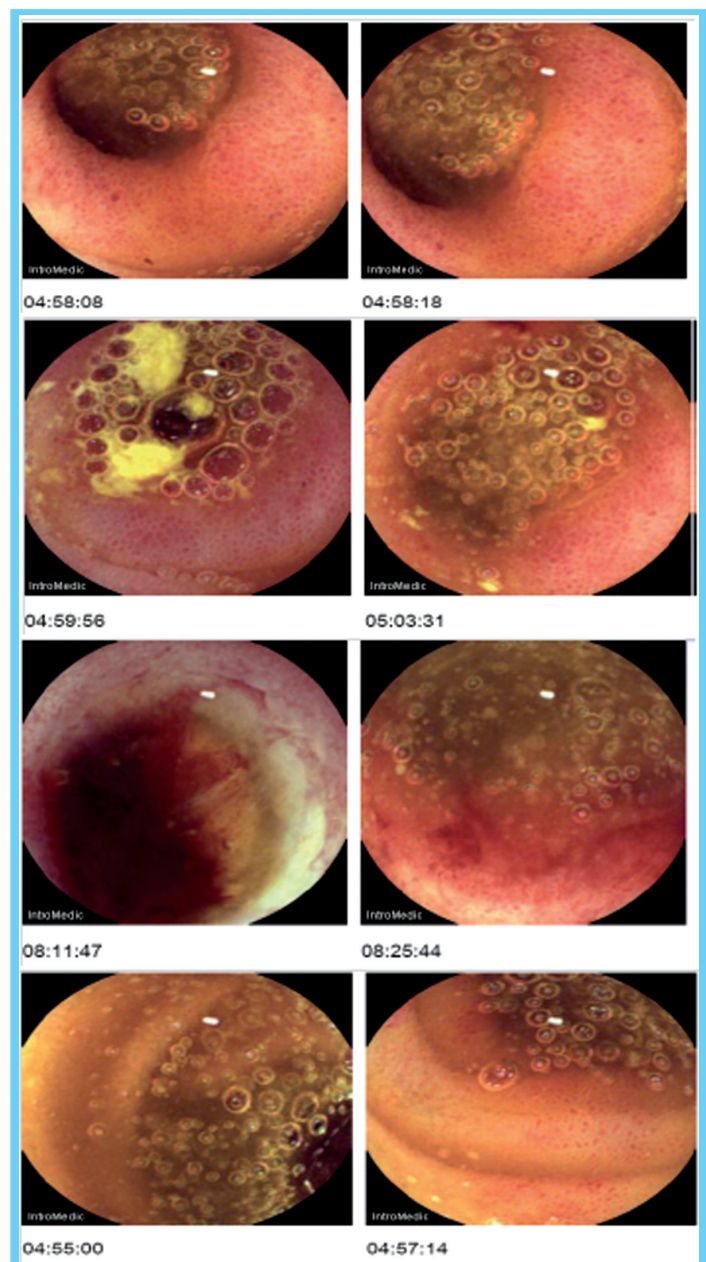


Figura 1 Cápsula endoscópica. Fuente: Cápsula endoscópica, Unidad de Exploraciones Digestivas, IMLF, Caracas - Venezuela.



Figura 2 Retención de cápsula endoscópica en radiografía de abdomen. Nota: Radiografía de abdomen de pie, en donde se evidencia la cápsula endoscópica y niveles hidroaéreos.

Discusión

La cápsula endoscópica, es una herramienta aprobada por la FDA (Food and Drug Administrations) en agosto de 2001, para el estudio de las enfermedades del intestino delgado.³ La misma permite obtener imágenes de segmentos intestinales que para el momento eran de difícil alcance. Las indicaciones de su realización incluyen: a) Sangrado gastrointestinal obscuro, b) Sospecha de enfermedad de Crohn, c) Síndrome de poliposis familiar hereditaria, d) Enfermedad celiaca, e) Dolor abdominal de causa no conocida.^{3,4}

La retención de la cápsula endoscópica puede ocurrir en cualquier nivel del tracto gastrointestinal, la misma se ha producido con una frecuencia que oscila entre 0,75% y el 5% según las distintas series, y corresponde fundamentalmente, a pacientes tomadores de AINES, pacientes sometidos a cirugía abdominal o radioterapia previa y pacientes con enfermedad de Crohn's, que presenten áreas estenóticas.^{3,4,5} Los divertículos han sido documentados como sitios potenciales de retención, entre los cuales destacan principalmente: el divertículo de Zenker's, los divertículos duodenales, los divertículos yeyunales, divertículos ileales, y el divertículo de Meckel. Otras causas raras de retención de cápsula endoscópica son la enteritis eosinofílica, enteritis isquémica y la enterocolitis tuberculosa.^{3,4}

La realización de una anamnesis detallada que incluya síntomas del paciente (dolor abdominal, distensión, náuseas), historia de enfermedad de Crohn's, uso de AINES durante los dos meses previos, cirugía abdominal, y uso de radioterapia, permite en cierta forma determinar el riesgo de retención de la cápsula. Igualmente se pueden realizar estudios de imágenes, aunque muchas veces estos tienden a infra o supraestimar el grado de las estenosis.⁴

La mayoría de los pacientes con retención de la cápsula endoscópica se encuentran asintomáticos, la sospecha ocurre cuan-

do no hay imágenes del ciego y resto del colon, por lo cual se recomienda la realización de una radiografía de abdomen una vez pasada 2 semanas. En estos casos se mantiene una conducta expectante, y se puede indicar el tratamiento de la enfermedad subyacente, como la prescripción de esteroides en el caso de la enfermedad de Crohn's, antibióticos para la enteritis tuberculosa ó discontinuar los AINES en caso de enteritis por AINES. Cuando el diámetro de la luz del intestino delgado excede dos tercios del diámetro de la cápsula, la probabilidad del paso espontáneo de la misma aumenta. Solo pocos casos de obstrucción intestinal sintomática se presentan, los cuales requieren remoción de la cápsula ya sea de manera endoscópica o quirúrgica.⁴

Entre el 2001 al 2003, Cheifetz y colb, realizaron un estudio, con el objetivo de evaluar la seguridad y eficacia de la cápsula endoscópica en casos de pacientes con obstrucción intestinal alta. Para ello revisaron 568 casos donde se practicó la cápsula endoscópica, de los cuales solo 19 procedimientos, se realizaron en el marco de pacientes con obstrucción intestinal alta sospechada. La cápsula endoscópica ayudó en el diagnóstico definitivo en 5 de los 19 casos (26%), observando 2 estenosis por enfermedad de Crohn, una estenosis inducida por radiación, una estenosis inducida por AINES, y una obstrucción intestinal secundaria a linfoma. La cápsula endoscópica fue retenida en 4 casos proximalmente al área de estenosis.⁶

Li, y Colbs, evaluaron la incidencia de la retención de cápsula endoscópica, sus causas, y el tratamiento definido de las mismas. Para el mismo revisaron los casos de mil pacientes a quienes se les realizó dicho procedimiento ante la sospecha de patología de intestino delgado. La retención de la cápsula ocurrió en 14 de los 1000 casos (1.4%); 11 de los casos se debieron a enteropatía secundaria a AINES, 1 debido a un tumor carcinóide obstructivo, otro caso en una paciente con cáncer de ovario metastásico a ileon, y otro por tumor en intestino delgado. Todos los pacientes permanecieron asintomáticos, y fueron llevados electivamente a la resección de intestino delgado, con remoción de la cápsula.⁷

En Korea, se revisaron 1291 casos de pacientes a quienes se les practicó la cápsula endoscópica entre el 2002, y el 2006, observando retención del dispositivo en 32 pacientes (2.5%). Las enfermedades que acompañaron dicha complicación fueron la enfermedad de Crohn, tumores malignos y enterocolitis tuberculosa. Del total de los pacientes con dicha complicación, 11 pacientes fueron llevados a intervenciones quirúrgicas y endoscópicas. El resto de los pacientes (21 pacientes) recibieron tratamiento médico, de los cuales 10 pacientes fueron llevados finalmente a tratamiento quirúrgico por desarrollo de síntomas de obstrucción intestinal o por falla del tratamiento médico. En el resto de los pacientes hubo paso de la cápsula.⁸

En el caso presentado anteriormente, la paciente presentaba claros factores de riesgo para la retención de la cápsula endoscópica como son: uso de AINES, cirugía abdominal previa, y radioterapia convencional previa.

Finalmente es importante recalcar que hubo un excelente correlación entre los hallazgos de la cápsula endoscópica y los de la intervención quirúrgica, los cuales probablemente estén asociados al uso de radioterapia, por lo cual recomendamos la realización de pexia de los órganos que se encuentren en el campo de irradiación, previo a la aplicación de la misma, y la realización de un tránsito intestinal antes de indicar la cápsula endoscópica,

en conjunto con una historia clínica detallada para la identificación de factores de riesgo de retención.

Clasificación

Área: gastroenterología

Tipo: clínico

Tema: cápsula endoscópica

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias bibliográficas

1. Iddan G, Meron G, Glukhovsky A, Swain P. Wireless capsule endoscopy. *Nature*, 2000;405:417.
2. ASGE Technology Status Evaluation Report: wireless capsule endoscopy. *Gastrointestinal Endosc*, 2006;63:541-545.
3. Nakamura T, Terano A. Capsule endoscopy: past, present, and future. *Journal of Gastroenterology*. 2008;43:93-99.
4. Karagiannis S, Faiss S, Mavrogiannis C. Capsule retention: A feared complication of wireless capsule endoscopy. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2009;44:1158-65.
5. Vásquez-Iglesias JL. Endoscopia Digestiva: Diagnóstica y Terapéutica. Editorial Médica Panamericana (Madrid). 1era edición. 2009:101-114.
6. Cheifetz AS, Lewis BS. Capsule endoscopy retention: is it a complication. *J Clin Gastroenterol*. 2006 Sep;40(8):688-91.
7. Li F, Gurudu SR, De Petris G, Sharma VK, Shiff AD, Heigh RI, Colb. Retention of the capsule endoscope: a single-center experience of 1000 capsule endoscopy procedures. *Gastrointest Endosc*. 2008 Jul;68(1):174-80.
8. Cheon JH, Kim YS, Lee IS, Chang DK, Ryu JK, Lee KJ, Colbs. Can we predict spontaneous capsule passage after retention? A nationwide study to evaluate the incidence and clinical outcomes of capsule retention. *Endoscopy*. 2007 Dec;39(12):1046-52.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

Requisitos para Inscripción

- * Ser miembro solvente de la SVG
- * Llenar la planilla de inscripción

¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario.
El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

**Si te interesa tu futuro
¡INSCRÍBETE YA!**

Más información
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69
correo: fondoprevisionsocial.svg@gmail.com