

Hallazgos digestivos altos de la cápsula endoscópica en la hemorragia digestiva de origen oscuro

B. Velayos, A. Herreros de Tejada¹, L. Fernández, R. Aller, A. Almaraz², L. del Olmo, F. de la Calle, T. Arranz y J. M. González

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Clínico de Valladolid. ¹Center for Endoscopic Research and Therapeutics. Universidad de Chicago. EE. UU. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico de Valladolid

RESUMEN

Objetivo: hemos analizado los hallazgos que la cápsula endoscópica aportó de las zonas accesibles a una gastroscopia que podrían justificar un sangrado digestivo oscuro, así como la evolución de estos enfermos tras la nueva gastroscopia recomendada para determinar si una segunda gastroscopia previa a la cápsula podría añadir beneficios en el manejo de esta patología.

Métodos: estudiamos de forma retrospectiva 82 pacientes a los que se efectuó cápsula endoscópica como estudio de hemorragia oscura que contaban con una única gastroscopia.

Los hallazgos que la cápsula apreció en tramos altos se dividieron en normales, leves/conocidos y severos-desconocidos que recomendaron una segunda gastroscopia. Estos últimos casos fueron seguidos.

Resultados: la cápsula endoscópica no objetivó hallazgos esofágicos desconocidos. En un 63% no evidenció lesiones gastroduodenales, en un 20% estas eran leves o conocidas y en un 17% se recomendó una nueva gastroscopia al encontrar patología desconocida y que podría motivar la hemorragia digestiva a este nivel. La información motivó cambios en el tratamiento en un 85% de este grupo, con mejoría en el 78%. La cápsula endoscópica encontró alteraciones intercurrentes llamativas en el intestino delgado en sólo un 14%.

Conclusiones: una segunda gastroscopia previa a una cápsula endoscópica en el estudio de la hemorragia oscura ofrecería beneficios en términos diagnósticos y a la hora de introducir cambios terapéuticos que consiguen buenos resultados clínicos.

El análisis detallado de los fotogramas del tracto digestivo alto es obligado, ya que puede aportar información relevante y con importancia en el manejo de estos pacientes.

Palabras clave: Cápsula endoscópica. Hemorragia digestiva de origen oscuro. Gastroscopia.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) representa entre el 5-8% de todas las causas de sangrado intestinal (1,2), siendo una de las principales indicaciones de la cápsula endoscópica (CE) (3-5). De acuerdo con la actual definición de HDOO (tanto visible como oculta), para su diagnóstico es necesaria la realización de al menos una esófago-gastro-duodenoscopia (EGD) y de una

colonoscopia (6). Aunque algunos algoritmos de manejo de la HDOO sugieren repetir la EGD antes de estudiar el intestino delgado con CE (7), otros autores apuntan que la decisión final debería basarse en la calidad de la primera EGD (8) o en los hallazgos de la cápsula endoscópica (9); esto último ha sido apoyado por los resultados de algunos estudios retrospectivos publicados los últimos años (10,11).

Por otra parte, algunas patologías que pueden ser motivo de anemia crónica –como la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave (12) o la afectación por varices o gastropatía en la cirrosis (13)– suelen requerir en su seguimiento múltiples gastroscopias, práctica que puede ser mal aceptada o incluso rechazada por el enfermo (15).

Es frecuente que la CE llegue a descubrir de una manera ocasional lesiones previamente desconocidas en el tracto digestivo superior en enfermos con HDOO (16,17). Estos hallazgos podrían ser lo suficientemente relevantes como para determinar cambios en el manejo de los enfermos con HDOO que llevarían a mejoras en el coste-efectividad (17).

Nuestro objetivo es evaluar el impacto clínico que supondría hacer una segunda gastroscopia en enfermos con HDOO y una primera exploración normal en términos de reducción del número de cápsulas endoscópicas realizadas al ser consideradas como innecesarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo para identificar hallazgos patológicos en los tramos digestivos considerados accesibles a una EGD convencional –proximal a la ampolla de Vater (18)– en pacientes referidos a nuestro centro para estudio de HDOO (oculta o visible) mediante CE y sólo una EGD previa. Se recomendó repetir una nueva EGD en aquellos casos en los que el análisis detallado de los fotogramas del esófago, estómago o duodeno mostró alteraciones relevantes. Se recogieron los datos epidemiológicos, las nuevas lesiones encontradas y se realizó un seguimiento de los enfermos a los que

se indicó la necesidad de una segunda EGD para su posterior análisis.

Las características basales de cada paciente fueron tomadas del informe de petición de la CE. Si fue necesario, se contactó por teléfono o fax con el médico solicitante para completar la información. Interrogamos a cada enfermo sobre si había padecido síntomas digestivos altos durante el último mes (pirosis, regurgitación o algún tipo de dolor epigástrico) el día que se realizó la CE. Dentro de la medicación basal se prestó especial atención a la toma de antiagregantes, anticoagulantes, inhibidores de la bomba de protones (IBP), anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) y relajantes cardiales como betabloqueantes, antagonistas adrenérgicos o de los canales del calcio, anticolinérgicos, anticonceptivos, benzodiazepinas, nitratos, opiáceos o xantinas. Se consideró consumo de alcohol y tabaco una ingesta superior a los 20 gramos y 10 cigarrillos al día respectivamente. La gastroscopia inicial debía haber sido hecha entre 1 a 12 semanas previa al día de la deglución de la CE.

Nuestro servicio constituye el lugar de referencia para la realización de CE en la autonomía de Castilla-León, con una población de unos 2,5 millones de habitantes. Las solicitudes nos son remitidas principalmente por gastroenterólogos, seguidos de internistas, cirujanos y hematólogos.

Utilizamos la misma metodología en todos los pacientes, que excluyó el uso de procinéticos o de solución evacuable intestinal. Empleamos el sistema "Given Imaging M2A plus[®]", con 7 antenas de localización en el abdomen y grabadora "Data Recorder TM Given[®]". La radiocápsula fue ingerida con la ayuda de menos de 30 cc de agua. Su tamaño es 26 x 11 mm y pesa 3,45 gramos. La preparación previa al procedimiento incluyó un periodo de ayuno nocturno y de 4 horas tras la deglución, pudiendo tomar un desayuno ligero posteriormente. Se remarcó la necesidad de caminar tanto como fuera posible. La lectura del material grabado tuvo lugar la misma semana de la exploración y fue realizado por tres médicos de nuestro servicio con amplia experiencia en la técnica. El informe final fue redactado ajustándose a la terminología estándar aceptada (19).

Se recogieron todos los hallazgos del tracto digestivo superior no conocidos, prestándose especial atención a aquellos casos en los que las lesiones pudieran estar accesibles a una EGD y tuvieran entidad suficiente para justificar la HDOO (como esofagitis grave, varices esofágicas de gran tamaño, gastritis o duodenitis erosiva con hematina, lesiones vasculares llamativas, gastropatía severa de la hipertensión portal, úlcera gastroduodenal o tumores). En estas situaciones, incluso si se objetivó alteración en tramos distales del intestino delgado, se informó de la necesidad de repetir la EGD al médico solicitante. Los hallazgos de esta segunda gastroscopia así como los nuevos tratamientos empleados y el seguimiento se obtuvieron a través de contacto telefónico con el médico remitente o el enfermo.

RESULTADOS

Estudiamos 82 pacientes (49 hombres y 33 mujeres) en un periodo de dos años. Su edad media fue 61,3 años (rango: 28-83 años). La prevalencia del consumo de alcohol y tabaco fue del 10 y del 12% respectivamente. En cuanto a su medicación basal, el 52% de ellos tomaba IBP, el 41% algún tipo de relajante cardial, el 17% antiagregantes y el 7% anticoagulantes. Ninguno utilizaba AINE. Sólo el 15% refería sintomatología digestiva alta.

Todas las primeras EGD fueron referidas como normales o con diagnósticos que no justificaban el sangrado (pequeñas hernias de hiato, esofagitis leve, varices esofágicas I-II/IV, gastropatía de la hipertensión portal leve, papilomas esofágicos o pólipos gástricos no erosionados).

El tiempo medio empleado por la CE en recorrer el esófago y el estómago fue de 35 minutos (rango: 1-142 minutos).

En el esófago se apreciaron claramente las pequeñas varices esofágicas y los papilomas descritos previamente, pero no pudimos ver las esofagitis leves ni las hernias de hiato. La CE no mostró ningún hallazgo esofágico desconocido.

En 52 enfermos (63% del total) la CE no encontró lesiones en el estómago ni en el duodeno. En 16 casos (20% del total) objetivó patología ya conocida o desconocida pero no relevante a la hora de originar hemorragia (gastroduodenitis leve, gastropatía leve de la hipertensión portal y micropólipos no erosionados). En los restantes 14 pacientes (17%) evidenció hallazgos gástricos y/o duodenales de entidad no referidos en la gastroscopia inicial (Tabla I). La edad media de este último grupo fue de 70 años (rango: 22-80 años); un 71,4% eran hombres, mientras que el consumo de IBP (57%) y antiagregantes (21%) también era mayor en relación al resto de la población estudiada. Un 14% fumaban, mientras que ninguno reconocía beber alcohol. No hubo referencias a padecer síntomas digestivos altos entre estos 14 enfermos. A señalar que no se encontraron diferencias significativas en los intervalos de tiempo entre la realización de la EGD inicial y la CE entre este tercer grupo y el resto.

En 8 de estos 14 pacientes las lesiones gastroduodenales fueron los únicos hallazgos encontrados por la CE a lo largo de su recorrido completo, mientras que en los 4 restantes (en los casos 1 y 10 la exploración fue incompleta) se observó también alguna otra patología en el resto del intestino delgado, aunque en sólo dos de ellos se consideró de entidad suficiente como para ser también la causa de la HDOO.

A pesar de la recomendación de repetir la EGD, esta sólo fue llevada a cabo en 7 casos (los otros 7 rehusaron). El 86% de las segundas EGD realizadas confirmaron los hallazgos gastroduodenales vistos en la CE (Tabla I).

DISCUSIÓN

La CE ha llegado a ser el método diagnóstico no invasivo más importante para la evaluación del intestino del-

Tabla I. Pacientes con sangrado digestivo alto diagnosticado mediante CE, hallazgos en la segunda EGD y evolución

Caso	Edad	Sexo	Antiagregantes o anticoagulantes	IBP	Diagnóstico de la CE en tramos altos	EGD posterior a CE	Hallazgos de la CE en el resto del ID	Evolución
1	80	V	No	Sí	Gastritis inflamatorio-hemorrágica	No	CE incompleta	Asintomático tras doblar dosis de IBP
2	47	V	No	No	Gastritis erosiva hemorrágica	No	CE normal	Asintomático con IBP
3	74	M	No	Sí	Gastritis erosiva hemorrágica	No	CE normal	Asintomática tras doblar dosis de IBP
4	59	V	No	No	Gastritis erosiva hemorrágica	No	CE normal	Asintomático con IBP
5	53	V	No	No	Gastritis erosiva hemorrágica	Sí. No confirmó hallazgos. Se realizó 2 semanas tras la CE	Leve enteropatía inespecífica	Continúa estudio. Asintomático con IBP
6	80	V	No	Sí	Gastritis erosiva hemorrágica	No	Angiodisplasias múltiples	Fallecimiento por hemorragia masiva.
7	70	V	No	Sí	Angiodisplasia gástrica y duodenal	Sí. Diagnosticó cáncer gástrico	CE normal	Asintomático tras cirugía
8	79	V	AA	Sí	Úlcera duodenal	No	CE normal	Fallecimiento (síndrome general de origen no filiado)
9	22	V	No	No	Úlcera duodenal	No	CE normal	Asintomático con IBP
10	59	V	No	Sí	Estenosis duodenal tumoral accesible	Sí. Confirmó los hallazgos	Impactación de la CE en la estenosis	Asintomático tras resección de tumor duodenal
11	76	M	No	No	Estenosis duodenal inflamatoria	Sí. Confirmó los hallazgos	Múltiples úlceras y zonas de llamativa hiperplasia linfoide	En tratamiento quirúrgico y oncológico de linfoma intestinal
12	72	V	No	No	Angiodisplasia gástrica	Sí. Confirmó los hallazgos	CE normal	Asintomático tras argón e IBP
13	77	M	AA	Sí	Estómago en "watermelon"	Sí. Confirmó los hallazgos	CE normal	Mejoría tras argón
14	75	M	AA + clopidogrel	Sí	Estómago en "watermelon"	Sí. Confirmó los hallazgos.	Microerosión única y de escasa entidad en yeyuno	En tratamiento con argón con pobre respuesta

IBP: inhibidores de la bomba de protones; CE: cápsula endoscópica; ID: intestino delgado; AAS: ácido acetilsalicílico; EGD: esofagogastroscoopia.

gado (20). Debido a ser un procedimiento no molesto y con pocas complicaciones es ampliamente aceptado por los pacientes, en contraste a otras exploraciones endoscópicas como la EGD (21). Por otra parte, la EGD es la prueba más adecuada para el diagnóstico y tratamiento de la mayoría de las patologías del tracto digestivo superior, siendo segura y generalmente bien tolerada (22-24).

Ya desde el año 2002 la CE ha sido considerada una técnica con capacidad exploratoria para el tracto digestivo superior (25,26). Siguiendo esta línea, una nueva CE encaminada a explorar el esófago ha sido desarrollada los últimos años (27,28). Existen estudios que muestran que la EGD y la CE esofágica concuerdan plenamente en sus hallazgos, pudiendo incluso esta última llegar a descubrir lesiones que no habían sido previamente descritas por la EGD (29,30). La ausencia de distensión gástrica (entre otras razones) hace que el estómago sea aún una zona de estudio restringida para la CE; es de esperar que diversas mejoras técnicas –como las aplicadas para el colon (31)– logren avances en este sentido.

La CE es un instrumento fundamental en el manejo de la HDOO, aunque aspectos como la poca eficacia de los tratamientos médicos (32) la aparición de otros métodos endoscópicos (como la enteroscopia de balón) y el riesgo de impactación de la cápsula (1,9%) (33) hacen que todavía sean necesarios estudios prospectivos para clarificar la estrategia más efectiva a aplicar en enfermos con

HDOO (34). En este sentido, algunos estudios han remarcado la importancia de contar con dos gastroscopias antes de la realización de la CE. Otros autores recomendaron la segunda endoscopia en los casos con CE normal (35). Nuestro grupo ha intentado valorar la importancia clínica que tendría una segunda EGD en enfermos con HDOO en nuestra población. Debido a limitaciones técnicas y éticas (repetir la EGD el mismo día de la CE no fue considerado oportuno) los resultados son limitados.

Todas las lesiones sobreellevadas descritas en el esófago en la primera EGD fueron confirmadas por la CE. De acuerdo con Sharma y cols., este hecho apoyaría la inclusión de la CE en el arsenal diagnóstico aplicable al esófago (28). Los nuevos diseños específicos para este tramo proporcionan además una visión más completa de la luz, obteniendo un mayor número de fotogramas, lo que facilita el estudio de zonas como el cardias (36-38). A pesar de las dificultades que encontramos a la hora de visualizar el cardias y de identificar las esofagitis leves, los fotogramas esofágicos obtenidos no nos hicieron recomendar la repetición de la EGD en ningún caso.

Considerando el estómago y el duodeno, la CE fue capaz de capturar imágenes durante una media de 30 minutos, similar a nuestros datos obtenidos en estudios previos (39) pero inferior a lo publicado recientemente (40). A pesar de las limitaciones técnicas de la CE en estos tramos, la visión detallada de estas zonas proporcionó infor-

mación en 30 pacientes (37%): 14 sin diagnóstico previo conocido en la primera EGD y 16 con hallazgos leves o ya reflejados. Dentro de los 14 casos en los que las lesiones tenían entidad suficiente para justificar el sangrado y se recomendó una segunda EGD, en 8 (casi un 10% del total) fueron la única patología objetivada. Creemos que en ellos la repetición de la EGD hubiera podido evitar la realización de la CE. Aunque la prevalencia de enfermedad gastroduodenal diagnosticada por CE en nuestro estudio es algo superior a la descrita en otras series, los resultados no son discordantes en este sentido (10,11,41,42). En nuestro medio se han comunicado lesiones gastroduodenales relevantes entre un 3,4 y un 9% (43,44).

Únicamente encontramos puntos de posible sangrado sincrónicos en el tracto digestivo alto y el resto del intestino en dos enfermos, lo que nos impide tratar de correlacionar la patología en los dos niveles o atribuirlos a factores interactuantes o sistémicos.

Algunas limitaciones de nuestro estudio son las posibles diferencias en la destreza de los endoscopistas que habían realizado la gastroscopia inicial o en otras variables que afectarían a su calidad (8), la posibilidad de interurrencias (45), la heterogeneidad de la población considerada dentro de la HDOO (46) y la variabilidad en la sensibilidad de la CE según el tipo de HDOO (47). Los distintos intervalos de tiempo entre los procedimientos derivados de las listas de espera también pueden constituir una limitación importante, si bien en la mayoría de los casos se situó entre las dos y las ocho semanas. Por otra parte, somos conscientes del valor añadido que hubiera supuesto para el estudio la realización de la segunda EGD a todos los enfermos el mismo día de la CE, planteamiento que no nos fue posible llevar a cabo. En todo caso, pensamos que nuestros resultados son relevantes y a tener en cuenta en la práctica clínica: la CE descubrió patología llamativa en zonas accesibles a una EGD convencional en un considerable número de pacientes (14/82), especialmente en situaciones de antiagregación,

siendo la única afectación encontrada en 8 de ellos. Creemos que una segunda EGD hubiera evitado la necesidad de la CE en estos casos.

La visión detallada de los fotogramas digestivos altos tuvo impacto no sólo en el campo diagnóstico sino también en el terapéutico de 12 enfermos. De ellos, 6 fueron diagnosticados de patología péptica sangrante (aunque no confirmado en el único que aceptó repetir la EGD) y su tratamiento fue modificado mediante el inicio o incremento de dosis de IBP con buenos resultados. En los 6 en los que se objetivó enfermedad vascular o neoplásica la segunda EGD confirmó los hallazgos y se realizó el abordaje quirúrgico y endoscópico adecuado a cada situación, con mejoría en 5 de ellos.

Aunque una detenida visualización del estómago y duodeno en la CE aporta beneficio en nuestra serie pensamos que una de las claves para aumentar los parámetros de coste-beneficio de esta prueba en la HDOO está en una correcta selección de los enfermos a los que se les indica, basada sobre todo en una rigurosa visión de la mucosa en la gastroscopia inicial o en la repetición de esta exploración.

En conclusión, la realización de una segunda gastroscopia previa a la CE podría mejorar la rentabilidad diagnóstica en el algoritmo de manejo de los pacientes con HDOO y mejorar el coste-beneficio en el uso de la cápsula intestinal. Las lesiones encontradas en la EGD justificarían con alta probabilidad el sangrado, debido a la baja tasa de lesiones sincrónicas encontradas. La visión detallada de los fotogramas recogidos del tracto digestivo superior es obligada, ya que puede proporcionar información relevante no conocida.

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar las gracias a Félix Lozano por su trabajo y ayuda.