

Cartas al Director

Obstrucción intestinal secundaria a retención de cápsula endoscópica

Palabras clave: Cápsula endoscópica. Obstrucción intestinal. Enfermedad de Crohn. Obstrucción mecánica.

Key words: Endoscopic capsule. Intestinal obstruction. Crohn's disease. Mechanical obstruction.

Sr. Editor:

La cápsula endoscópica (CE) permite la obtención de imágenes de la mucosa del intestino delgado, siendo su principal indicación el estudio de la hemorragia digestiva oculta (1). La retención de la CE es infrecuente, por dicho motivo presentamos un caso que desarrolló una obstrucción intestinal tras ingesta de la misma.

Caso clínico

Paciente de 83 años sin antecedentes, estudiada por hemorragia digestiva oculta en la que se realizó CE. Su lectura objetivó detención en una estenosis. A los 8 días de su ingesta, la paciente acudió a urgencias por cuadro compatible con cierre intestinal de 8 horas de evolución. Analítica: 9.400 leucocitos/ μ l, hemoglobina: 11,2 g/dl, plaquetas y coagulación normales. Radiografía de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado y artefacto correspondiente a CE. Tomografía computerizada (Fig. 1): obstrucción intestinal mecánica completa secundaria a CE. Se indicó cirugía abdominal urgente, encontrando una distensión del intestino proximal a 4 estenosis de íleon de aspecto inflamatorio, causando una de ellas una obstrucción completa, en cuyo interior se palpaba la CE. Se resecaron 30 cm de íleon que incluían 3 de las 4 este-

nosis, se realizó anastomosis latero-lateral mecánica y estricturoplastia de la estenosis restante. El postoperatorio transcurrió favorablemente, siendo alta al 7.º día de la intervención. El resultado histológico del espécimen fue de enfermedad de Crohn.

Discusión

La incidencia de retención de CE (definida como presencia de la CE en el tracto gastrointestinal al menos 2 semanas después de su ingesta) varía ampliamente, pues depende de la indicación por la que se realizó (2): sangrado intestinal oculto 2,2% (3), sospecha de enfermedad de Crohn 5,4% (4), enfermedad de Crohn confirmada 13% (5), enfermedad celiaca < 1%. Además, existen una serie de factores de riesgo individuales (6) para retención: enteritis por radioterapia, cirugía abdominal previa, intususpección, estenosis



Fig. 1. Imagen de TC en sección transversal. Obstrucción intestinal completa a nivel de íleon, donde se observa un cambio de calibre brusco de asas de íleon secundario a la presencia de un cuerpo extraño que artefacta parcialmente, compatible con cápsula endoscópica.

por antiinflamatorios no esteroideos. Ante su presencia se puede contraindicar la CE o realizar un tránsito intestinal para descartar estenosis; aunque teniendo en cuenta que tiene una baja sensibilidad (5) y que algunos pacientes con retención serán falsos negativos en estas exploraciones, está discutida su realización; aunque hay autores (6) que recomiendan la cápsula Patency® o Agile® (Givemaging, Israel) que se disuelve en el interior del intestino delgado entre 30-80 horas tras su ingesta, quedando una pequeña parte (3 x 13 mm) que es expulsada espontáneamente.

En nuestro caso, no existía factor de riesgo alguno, ni cirugía previa, ni sospecha clínica de enfermedad de Crohn, de hecho la paciente no refería dolor abdominal previo, ni astenia, ni pérdida de peso, y su indicación fue la hemorragia oculta (de las que menos incidencia de retención presenta), y clínicamente cursó con un cuadro de obstrucción completa, que es excepcional, pues la mayoría de las retenciones descritas son asintomáticas (algún caso dolor abdominal transitorio por el paso espontáneo de la cápsula a través de una estenosis). En general, ante una retención asintomática se propone un manejo conservador (4), pues en la mayoría de los casos se expulsará espontáneamente, o bien con tratamiento médico (corticoides si estenosis inflamatorias), o bien con endoscopia. En caso de una retención asintomática y que no pueda ser extraída por métodos endoscópicos, estaría indicada una cirugía programada; dejando, así, la intervención quirúrgica urgente para los casos excepcionales de obstrucción intestinal completa.

Concluimos que, a pesar de la existencia de factores de riesgo que faciliten la sospecha de esta complicación y posibilidad de utilizar un método diagnóstico alternativo, hay casos atípicos cuya escasa incidencia hay que tener en cuenta.

Maria Pilar Guillén-Paredes¹, Rosa Gómez-Espín²,
Victoriano Soria-Aledo¹, Enrique Pérez-Cuadrado²
y José Luis Aguayo-Albasini¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva y ²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

Financiación: artículo financiado en parte por la FFIS (Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia).

Bibliografía

1. Pérez-Cuadrado E. Capsule endoscopy-are we making the most of all its benefits? Rev Esp Enferm. Dig 2009;101:1-10.
2. Rondonotti E, Pennazio M, Toth E, Menchén P, Ricioni P, De Palma D, et al. Small bowel neoplasms in patients undergoing video capsule endoscopy: a multicentre European study. Endoscopy 2008;40:488-95.
3. Karagiannis S, Faiss S, Mavrogiannis. Capsule retention: a feared complication of wireless capsule endoscopy. Scand J Gastroenterol 2009; 44:1158-65.
4. Cheon JH, Kim YS, Lee IS, Chang DK, Ryu JK, Lee KJ et al. Can we predict spontaneous capsule passage after retention? A nationwide study to evaluate the incidence and clinical outcomes of capsule retention. Endoscopy 2007;39:1046-52.
5. Cave D, Legnani P, de Franchis R. ICCE consensus for capsule retention. Endoscopy 2005;37:1065-7.
6. Caunedo-Álvarez A, Romero-Vázquez J, Herrerías-Gutiérrez JM. Patency and Agile capsules. World J Gastroenterol 2008;14:5269-73.