

Detección de lesiones fuera del intestino delgado con cápsula endoscópica en pacientes con hemorragia digestiva oculta

Non-small bowel lesions detected with capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding

J.F. Juanmartiñena Fernández, I. Fernández-Urién, C. Saldaña Dueñas, A. Elosua González, A. Borda Martín, J.J. Vila Costas

RESUMEN

La hemorragia digestiva de origen oscuro constituye el 5-10% del total de hemorragias digestivas, siendo el intestino delgado la localización más frecuente. Por su sencillez y fiabilidad la enteroscopia con cápsula es la técnica de elección tras un primer estudio endoscópico negativo (gastroscoopia e ileo-colonoscoopia). Sin embargo, en ocasiones, el origen del sangrado no se identifica en el interior de éste, sino fuera y al alcance de la endoscopia convencional (esófago, estómago o colon). Presentamos el caso de un paciente de 46 años con anemia ferropénica y varios estudios endoscópicos previos negativos a quien se detectó un tumor gástrico (GIST) durante una enteroscopia con cápsula. El diagnóstico definitivo se obtuvo tras el estudio histológico de la pieza quirúrgica.

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

ABSTRACT

Obscure gastrointestinal bleeding accounts for approximately 5-10% of patients presenting with gastrointestinal haemorrhage. The majority of lesions responsible were found to be located in the small bowel. Currently, capsule endoscopy is the first-line tool to investigate the small bowel as it is a non-invasive, feasible and simple procedure. However, capsule endoscopy sometimes identifies the source of bleeding outside the small bowel and within the reach of conventional endoscopy. We present the case of a 46 year-old man with few prior negative endoscopic procedures and iron-deficiency anaemia due to gastric GIST.

Keywords. Obscure gastrointestinal bleeding. Capsule endoscopy.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (2): 315-318

Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Recepción: 04-03-2016
Aceptación provisional: 10-03-2016
Aceptación definitiva: 06-04-2016

Correspondencia:

José Francisco Juanmartiñena
Servicio Aparato Digestivo
Complejo Hospitalario de Navarra
C/ Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: jf.juanmartinena@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) se define como aquella hemorragia digestiva de origen desconocido que persiste o recurre tras un primer estudio endoscópico negativo (gastroscopia e ileo-colonoscopia)¹. Se puede presentar de dos formas: HDOO-oculta si se detecta como anemia ferropénica asociada o no a la presencia de sangre oculta en heces, y HDOO-visible si se presenta como sangrado activo en forma de hematemesis, melena o hematoquecia. En tres de cada cuatro casos el origen del sangrado se localiza en la superficie del intestino delgado (ID)². Las lesiones vasculares en pacientes mayores de 40 años y la enfermedad inflamatoria intestinal en menores de 40, son las causas más frecuentes de HDOO³. La enteroscopia con cápsula endoscópica (ECE) es una técnica útil y sencilla que permite explorar el interior del ID de forma rápida y segura, obteniendo imágenes en tiempo real a su paso por el tracto digestivo. Posteriormente, éstas son procesadas y ensambladas en un vídeo para su posterior estudio⁴.

CASO CLÍNICO

Varón de 46 años sin antecedentes de interés que presentó en una revisión rutinaria de trabajo anemia ferropénica de reciente aparición (Hb 11,3g/dL; VCM 79,8 μ^3 ; Urea 29 mg/dL; Creatina 0,95 mg/dL; Hierro 29 $\mu\text{g/dL}$, Ferritina 12 $\mu\text{g/L}$). El paciente negaba ingesta de fármacos gastrolesivos y exteriorización digestiva del sangrado, por lo que se indicó exploración endoscópica convencional (gastroscopia e ileo-colonoscopia) que fue negativa. Transcurridos 30 días se completó el estudio con una ECE que resultó también negativa, dándose por finalizado el estudio e indicándose tratamiento sintomático con suplementos de hierro oral. A los 3 meses, el paciente acudió al servicio de Urgencias por presentar astenia y melenas en las últimas 48 horas. A la exploración física estaba pálido y sudoroso. Presentaba una tensión arterial de 90/60 mm Hg y una frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto, objetivándose durante la exploración rectal la presencia de heces melénicas. La analítica del servicio de Urgencias (Hb 7 g/dL; VCM 77,2 μ^3 ; Urea 57 mg/dL; Creatina 0,74 mg/dL) confirmó la sospecha de sangrado digestivo, decidiéndose ingreso para observación. En las primeras 24

horas se administraron 2.000 ml de fluidoterapia y se transfundieron 4 concentrados de hematies, siendo la hemoglobina post-trasfusional de 9,5 g/dL. Una vez estabilizado el paciente y ante la sospecha de una hemorragia digestiva alta, se realizó gastroscopia urgente que fue negativa, repitiéndose en ese momento una nueva ECE. En esta última exploración se identificó el origen del sangrado a partir de una lesión gástrica de origen submucoso y ulcerada en su superficie que se ocultaba entre los pliegues gástricos (Fig 1A). El diagnóstico de certeza se obtuvo tras una nueva gastroscopia (Fig 1B) y tras descartarse enfermedad metastásica (Fig 1C), se procedió a su resección. El estudio histopatológico confirmó el origen submucoso de la lesión (GIST gástrico).

DISCUSIÓN

En el 75% de casos de HDOO el origen del sangrado se localiza en la mucosa del ID, siendo la ECE la técnica de elección. Se trata de una exploración no invasiva, inocua y bien tolerada por el paciente. En la mayoría de ocasiones la ECE permite (85%) una exploración completa de todo el ID⁵. Según las diferentes series consultadas, la precisión diagnóstica de la ECE para la detección de lesiones sangrantes es del 64%⁶, variando ésta según la presentación del sangrado: 92,3% si HDOO-visible y 44,2 % si HDOO-oculta⁷.

Otros factores pronósticos que pueden influir positivamente en el rendimiento diagnóstico de la ECE son: pacientes varones, mayores de 60 años, pacientes ingresados e indicación precoz de la ECE tras un estudio endoscópico convencional completo negativo⁸. Hasta en un 25% de pacientes con HDOO se sospecha que el origen del sangrado podría localizarse dentro de los límites de acción de la endoscopia convencional². Este fenómeno se debería probablemente a lesiones no detectadas o no percibidas durante una primera exploración a pesar de un exhaustivo estudio endoscópico inicial. En estos casos también parece razonable suponer que la ECE podría ayudar a identificar estas lesiones, siempre que estuvieran al alcance y dentro de los segmentos explorados durante el tiempo de vida útil de la batería (10 horas aproximadamente).

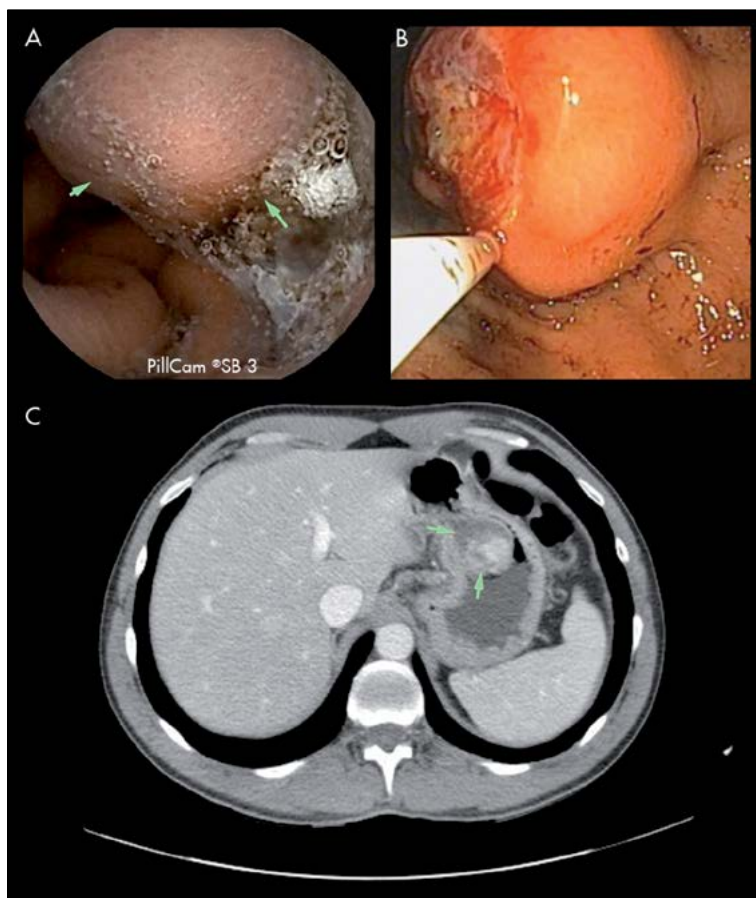


Figura 1. Lesión gástrica (GIST) vista mediante cápsula endoscópica (A), en visión directa con gastroscopio (B) y mediante tomografía computarizada abdominal en fase arterial, donde se observa captación de contraste por la lesión (C).

En el año 2015 han publicado dos Guías de Clínica Práctica para el manejo de la HDOO que aclaran algunas de las dudas suscitadas anteriormente. Tanto la guía publicada por el *American College of Gastroenterology* (ACG) como la guía de la *European Society of Gastrointestinal Endoscopy* (ESGE)^{9,10} abogan por explorar el ID como origen de la HDOO una vez se han descartado de forma razonable otros orígenes. Además, ambas guías coinciden en recomendar la ECE como técnica de elección para la exploración del ID por delante de otras exploraciones (radiológicas, enteroscopia de doble balón...). Solo en dos situaciones puntuales anteponen repetir una

gastroscopia y/o colonoscopia antes de indicar una ECE: exploración endoscópica inicial incompleta y contraindicación para la realización de la ECE. Asimismo, parece razonable pensar que puede existir una relación directa entre la precisión diagnóstica de la cápsula endoscópica y la precocidad con que ésta se realice. Actualmente, la ESGE considera 14 días el tiempo límite transcurrido para indicar una ECE desde la presentación de la HDOO, ya que pasado este tiempo el rendimiento de la exploración desciende drásticamente. Incluso se han publicado ya algunos estudios en los que se reduce este tiempo a los 3 primeros días desde la presentación de la HDOO, si

bien se necesitan más investigaciones que lo corroboren.

Del presente trabajo se puede concluir que la ECE es actualmente la técnica de elección para el estudio del ID en pacientes con HDOO, al tratarse de una prueba sencilla y precisa en la identificación de lesiones potencialmente sangrantes, en especial cuando ésta se realiza de forma precoz y/o el sangrado es visible. No está indicado repetir una gastroscopia y/o colonoscopia sí la exploración inicial ha sido satisfactoria, ya que no incrementa el rendimiento diagnóstico y aumenta los costes. Sin embargo, debemos saber que hasta un 25% de lesiones esófago-gástricas y/o colónicas no serán visualizadas en un primer momento a pesar de una exploración inicial satisfactoria. Por lo tanto, recomendamos evaluar minuciosamente durante una ECE otros segmentos del tubo digestivo como son el esófago y el estómago, al tratarse de localizaciones infrecuentes, pero posibles de lesiones sangrantes/ potencialmente sangrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASGE standards of practice committee, FISHER L, LEE KRINSKY M, ANDERSON MA, APPALANENI V, BANERJEE S, BEN-MENACHEM T et al. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2010; 72: 471-479.
2. TEE HP, KAFFES AJ. Non-small-bowel lesions encountered during double-balloon enteroscopy performed for obscure gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* 2010; 16: 1885-1889.
3. TACHECI I, DEVIÈRE J, KOPACOVA M, DOUDA T, BURES J, VAN GOSSUM. The importance of upper gastrointestinal lesions detected with capsule endoscopy in patients with obscure digestive bleeding. *Acta Gastroenterol Belg* 2011; 74: 395-399.
4. SINGEAP AM, STANCIU C, TRIFAN A. Capsule endoscopy: The road ahead. *World J Gastroenterol* 2016; 22: 369-378.
5. LIAO Z, GAO R, XU C, LI ZS. Indications and detection, completion, and retention rates of small-bowel capsule endoscopy: a systematic review. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 280-286.
6. ARAKAWA D, OHMIYA N, NAKAMURA M, HONDA W, SHIRAI O, ITOH A et al. Outcome after enteroscopy for patients with obscure GI bleeding: diagnostic comparison between double-balloon endoscopy and videocapsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 866-874.
7. PENNAZIO M, SANTUCCI R, RONDONOTTI E, ABBIATI C, BECCARI G, ROSSINI FP et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology* 2004; 126: 643-653.
8. LEPILEUR L, DRAY X, ANTONIETTI M, IWANICKI-CARON I, GRIGIONI S, CHAPUT U et al. Factors associated with diagnosis of obscure gastrointestinal bleeding by video capsule enteroscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 1376-1380.
9. GERSON LB, FIDLER JL, CAVE DR, LEGHTON JA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of small bowel bleeding. *Am J Gastroenterol* 2015; 110: 1265-1287.
10. PENNAZIO M, SPADA C, ELIAKIM R, KEUCHEL M, MAY A, MULDER CJ et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy* 2015; 47: 352-376.