

Hemorragia Digestiva Oscura como presentación inicial de Enfermedad de Crohn del Intestino Delgado diagnosticada por Cápsula Endoscópica

Hugo Cedrón Cheng¹ ; Carlos García Encinas²; Raúl De los Ríos Senmache²; Jorge Huerta Mercado²; Jaime Cok García³.

RESUMEN

Presentamos el caso de una paciente con sangrado digestivo oscuro que la cápsula endoscópica MiroCam® (CE) demostró lesiones erosivas y ulcerativas que comprometían yeyuno distal e ileón. Esto orientó a repetir la ileoscopia para biopsiar y precisar el diagnóstico de Enfermedad de Crohn. La cápsula endoscópica es una tecnología innovadora que nos permite tener fotografías de alta resolución a lo largo del tracto digestivo para un diagnóstico más preciso de patologías del intestino delgado de una manera mínimamente invasiva. Actualmente, las guías en sangrado oscuro aconsejan realizar el estudio de cápsula endoscópica antes de otros métodos más complejos. La enteroscopia asistida por balón, angiografía o laparoscopia deberían ser realizados teniendo en consideración los resultados obtenidos por CE con la finalidad de realizar terapéutica u obtener biopsias.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia Oscura, Enfermedad Crohn, MiroCam, cápsula endoscópica.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-1: 73-77

ABSTRACT

The present case illustrates a patient with obscure gastrointestinal bleeding which MiroCam® capsule endoscopy showed erosions and ulcers from distal jejunum to ileum. Considering that ileal ulcers were closer to ileocecal valve, ileoscopy was repeated. Diagnosis with new biopsies was Crohn disease. Capsule endoscopy is an innovative technology, which let us have high resolution color pictures through gastrointestinal tract for more effective and diagnostic view of small bowel in a minimal invasive way. New guidelines in obscure GI bleeding agreed that initial diagnostic imaging of the small bowel should be performed using capsule endoscopy. Balloon assisted enteroscopy, angiography and laparoscopy should be used as a follow-up procedure for targeted endoscopic treatment or for obtaining histopathological diagnosis.

KEY WORD: Obscure GI bleeding, Crohn disease, MiroCam, capsule endoscopy.

1 Unidad de Cápsula Endoscópica. Clínica Anglo Americana.
 2 Servicio de Gastroenterología del Hospital Cayetano Heredia.
 3 Servicio de Patología del Hospital Cayetano Heredia.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 56 años, mestiza, procedente de Lima, acude a emergencia por dos episodios de hematoquezia rojo vinoso de 500ml en la última hora, tras lo cual presenta debilidad, mareos y pérdida de conciencia. En sus antecedentes refiere que regularmente presenta episodios de diarrea acuosa sin moco sin sangre, 3 a 4 cámaras por día, que se autolimitaban, desde hace 8 años, catalogados como intestino irritable; además de hipertensión arterial en tratamiento irregular con captopril y haber sido sometida a una apendicectomía hace 17 años. Niega otros antecedentes médicos, quirúrgicos o alergias. Niega ingesta de AINES. Niega antecedentes familiares de cáncer o enfermedades autoinmunes.

El examen evidencia palidez de mucosas, taquicardia e hipotensión que responde a reto de fluidos. No se encuentra ictericia, estigmas hepáticos, u otros hallazgos. Los exámenes auxiliares demostraron una hemoglobina al ingreso de 8.3mg/dl posterior a la hidratación. (La paciente tenía un control de Hb de 13g/dl, 3 meses antes). VCM 86 f/l. Plaquetas 380 x 103. VSG 40mm/h. La bioquímica renal, hepática y el perfil de coagulación eran normales. Se estabilizó al paciente con una transfusión de un paquete globular, y se realizaron estudios tanto de endoscopia digestiva alta como colonoscopia derecha con ileoscopia hasta 5cm de la válvula ileocecal que no evidenciaron lesiones que expliquen sangrado, motivo por el cual se solicitó el estudio de cápsula endoscópica. La paciente permaneció hospitalizada durante cinco días, sin evidencia de resangrado y con controles de hemoglobina estables, siendo dada de alta con 10.8 g/dl de hemoglobina.

Al mes del episodio de sangrado, se realizó el estudio de cápsula endoscópica con el sistema MiroCam (Intromedic® - Korea) donde se evidenció que la cápsula ingresó al duodeno a los 13 minutos y llegó al ciego a las 4h 46min desde la ingesta. Los hallazgos fueron múltiples lesiones erosivas pequeñas aisladas con palidez central y fibrina central, entre las 2h42min y 3h39min de estudio, que corresponden a yeyuno distal e ileon proximal. Entre las 4h16min y las 4h40min que corresponden a ileon terminal, se aprecian múltiples ulceraciones puntiformes y lineales, encontrándose la más profunda a 4h45min. (Figura 1) Con los hallazgos de múltiples erosiones y úlceras a nivel del yeyuno e ileon, en parches, y tomando en consideración la cercanía de algunas lesiones a la válvula se decidió repetir ileoscopia con colonoscopia para obtener biopsias y confirmar la sospecha diagnóstica. Se ingresó hasta 20cm de mucosa ileal confirmando la presencia de una úlcera ileal colindante a la válvula y múltiples erosiones en parches, (Figura 1). Las biopsias obtenidas fueron compatibles con Enfermedad de Crohn (Figura 2). Actualmente, la paciente se encuentra con 4 meses de tratamiento con azatioprina 100mg/día (1.6mg/kg), sin evidencia de nuevos episodios de sangrado o diarrea.

DISCUSIÓN

En el año 2000, la revista Nature publicó su primera editorial en referencia al uso experimental de la cápsula endoscópica

titulada: "El disconfort de la endoscopia puede ser pronto cosa del pasado". La FDA aprobó en el año 2001 el uso de la cápsula endoscópica en humanos. Actualmente dos metaanálisis, las distintas sociedades americanas (ASGE, AGA, ACG), y las sociedades europeas de endoscopia digestiva reconocen que: "La cápsula endoscópica debe ser el primer estudio a efectuar en un paciente con sangrado digestivo oscuro con endoscopia alta y baja negativas".⁽¹⁻⁵⁾ Aproximadamente 5% de los sangrados gastrointestinales tienen origen en un lugar inaccesible a la endoscopia tradicional.

La cápsula endoscópica permite hacer una evaluación del aparato digestivo de manera fisiológica, sin los artefactos que genera la insuflación de aire o los traumas que genera el paso del endoscopio. La cápsula endoscópica tiene una tasa diagnóstica entre 45 a 76% superior a los métodos tradicionales para detectar patología a nivel del intestino delgado (radiología de tránsito intestinal, enteroscopia por pulsión, tomografía y resonancia).^(3, 4)

A pesar de que la función de la cápsula endoscópica del intestino delgado no es evaluar los lugares accesibles a endoscopia tradicional, como el estómago o colon, en algunas oportunidades permite obtener ángulos de visión que pasan como puntos ciegos a la endoscopia tradicional como parte posterior del píloro, la cara interna de la válvula ileocecal o entre pliegues, y con ello identificar lesiones que se encuentran al repetir la endoscopia. En la literatura mundial se reporta que entre 7 - 25% de las lesiones detectadas por cápsula, se encuentran al alcance de la endoscopia tradicional y pasaron desapercibidas inicialmente.⁽⁶⁻⁸⁾ Si bien la cápsula permite tener una visión de todo el intestino delgado, es un estudio que no permite realizar biopsias o actitudes terapéuticas, sin embargo nos permite calcular aproximadamente la ubicación de la lesión, y con ello orientar en la toma de decisiones para realizar estudios más complejos, como decidir si la mejor ruta de ingreso de un enteroscopia asistido por balón es la oral o anal, o decidir si vale el riesgo realizar una enteroscopia intraoperatoria ante los hallazgos. La ESGE define que "El uso de la cápsula endoscópica como filtro previo a la enteroscopia asistida por balón es una conducta efectiva en las diversas enfermedades del intestino delgado. Así la CE permite orientar a la ruta de ingreso por enteroscopia"⁽³⁾.

En nuestra paciente la lesión pasó inadvertida en la colonoscopia con ileoscopia inicial, y los hallazgos de la cápsula permitieron precisar que las lesiones se encontraban a nivel del yeyuno e ileon, y que era posible acceder a la lesión principal repitiendo la colonoscopia con ileoscopia. Sólo con los hallazgos de la cápsula, la sospecha diagnóstica era Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Enfermedad de Crohn), por lo cual basta acceder a la lesión principal por medio de un ileoscopia por colonoscopia y biopsiar para confirmar el diagnóstico, evitando así un estudio más complejo y caro, como la enteroscopia asistida por balón que se reserva en caso la lesión no sea accesible por endoscopia tradicional.

La cápsula, en nuestra paciente, se realizó a las 4 semanas del episodio de sangrado manifiesto, fundamentalmente por motivos económicos, sin embargo actualmente está claramente demostrado que el estudio de cápsula endoscópica debe realizarse lo más pronto posible al episodio de sangra-

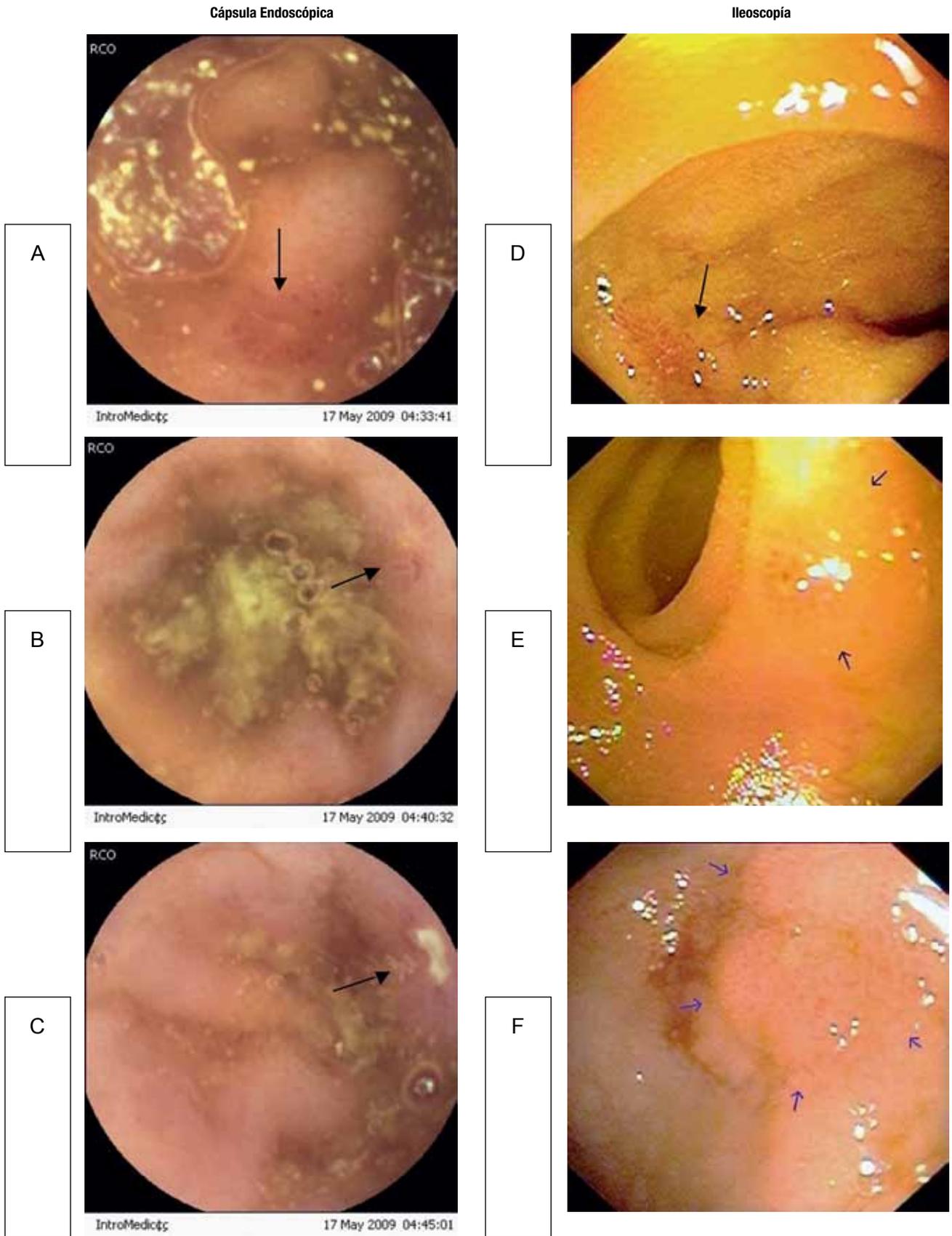


Figura No. 1. Imágenes obtenidas por estudio de cápsula endoscópica (A, B, C) comparadas con imágenes de ileoscopia posterior (D, E, F).

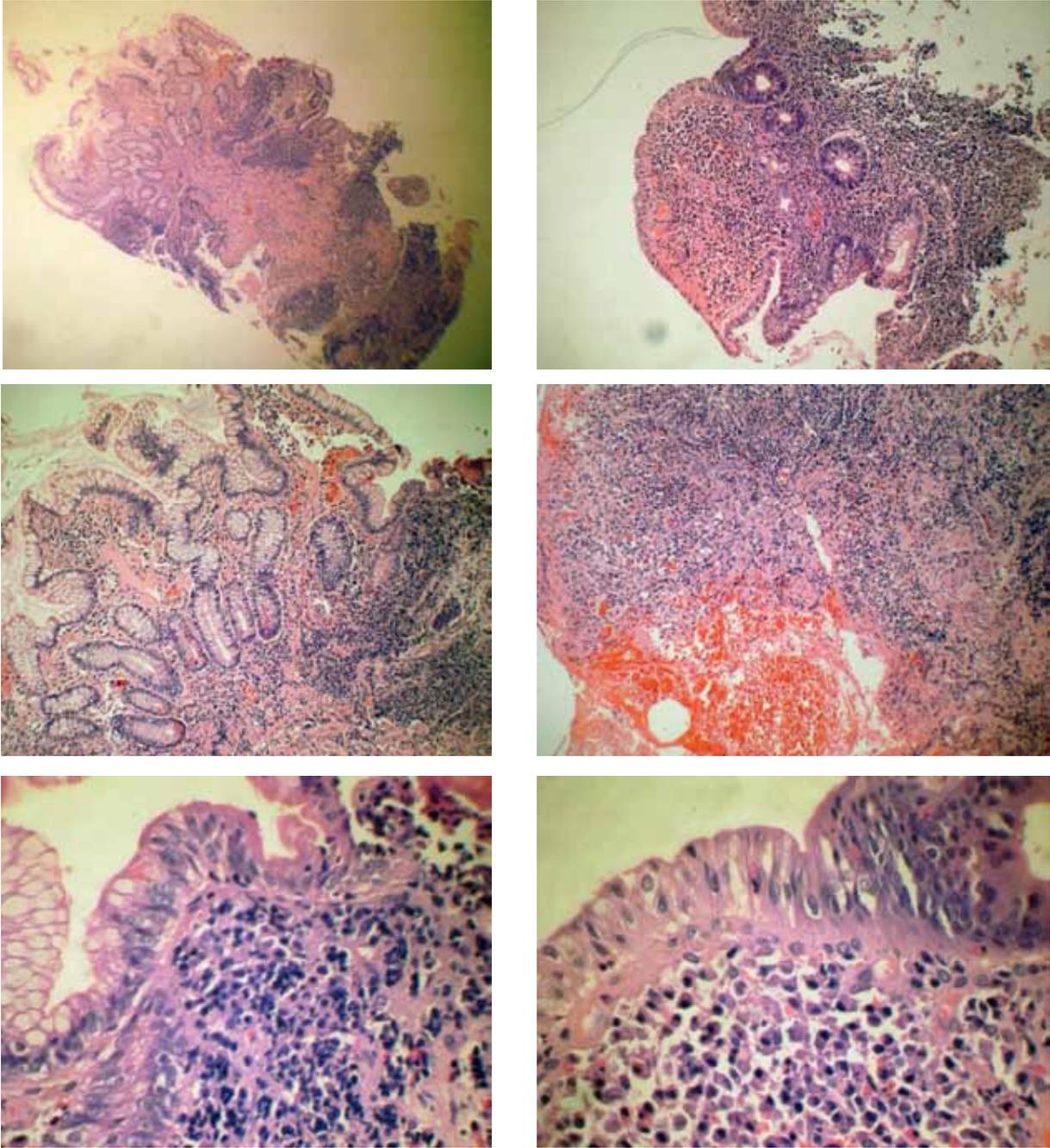


Figura Nro. 2. Anatomía Patológica del Ileón Distal. Ileitis ulcerada con inflamación en parches. Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario de grado severo con actividad moderada. La úlcera está cubierta por tejido de granulación y material fibrinoleucocitario. No se observan granulomas. El patrón inflamatorio en parches se ve en Enfermedad de Crohn. Coloración BAAR (-). Presencia de foliculos linfoides.

do manifiesto, e idealmente durante la misma hospitalización.⁽⁹⁻¹²⁾ En el estudio de Pennazio et al, se evaluaron 100 pacientes con sangrado oscuro, encontrándose que la cápsula tuvo una capacidad diagnóstica de 92.3% en casos de sangrado oscuro manifiesto reciente, y de 12.9% y 44.2% en casos de sangrado oscuro manifiesto previo y sangrado oscuro oculto respectivamente.⁽¹³⁾

Aproximadamente un tercio de los pacientes con Enfermedad de Crohn tiene compromiso sólo del intestino

delgado y son un reto diagnóstico, por ser el abordaje con endoscopia tradicional sumamente complicado. La cápsula endoscópica tiene una alta sensibilidad en detectar pequeñas lesiones mucosas a nivel de intestino delgado en comparación con cualquier otro método de imágenes.⁽¹⁴⁾ En el estudio a doble ciego realizado por Kornbluth se evaluaron 35 pacientes con Enfermedad de Crohn limitada al intestino delgado, se determinó que la cápsula endoscópica realizó el diagnóstico en 77% de los pacientes, y sólo fueron diagnosticados 23% de los pacientes con radiografía de tránsito

intestinal y 20%, con tomografía abdominal. ⁽¹⁵⁾ La ileocolonoscopía continúa siendo el método de elección para valorar el compromiso ileal en la enfermedad de Crohn, sin embargo tiene el inconveniente de ser un procedimiento invasivo, requiere mayormente sedación y sólo permite evaluar el ileón distal. La cápsula endoscópica surge como una alternativa adecuada para valorar toda la superficie mucosa del intestino delgado, y de esta manera la real extensión de la enfermedad, no sólo el compromiso ileal del Crohn, no requiere sedación y es mínimamente invasiva. El metaanálisis de Triester en pacientes con enfermedad de Crohn demuestra que la cápsula endoscópica diagnóstica un 61% de los pacientes versus la ileoscopia con 46%, con lo cual se aprecia un 15% de mayor rendimiento diagnóstico. Igualmente el estudio demuestra que la cápsula es superior a la radiografía de tránsito, enteroscopia por pulsión, enterotomografía y enterorresonancia. ⁽¹⁶⁾

La cápsula endoscópica es una tecnología de avanzada, que permite valorar el intestino delgado de manera no invasiva, permite detectar lesiones y calcular su localización, lo cual tiene un alto impacto en la toma de decisiones para repetir estudios de endoscopia tradicional, orienta en la vía de abordaje más exacta para la enteroscopia asistida con balón, o para disminuir la posibilidad de estudios normales en procedimientos de mayor riesgo de complicaciones como la enteroscopia intraoperatoria o la laparoscopia exploradora.

Correspondencia:

Dr. Hugo Cedrón Cheng

Unidad de Cápsula Endoscópica. Clínica Anglo Americana.

Email: hcedron@gmail.com

REFERENCIAS

1. TRIESTER SL, LEIGHTON JA, LEONTIADIS GI et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure GI bleeding. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2407-2418.
2. MARMO, R. ROTONDANO G., PISCOPO R et al. Metaanalysis: capsule endoscopy vs conventional modalities in diagnosis of small bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 595-604.
3. MERGENER K, PONCHON T, GRALNEK I, et al. Literature review and recommendations for clinical application of small-bowel capsule endoscopy, based on a panel discussion by international experts. Consensus statements for small-bowel capsule endoscopy, 2006/2007. *Endoscopy* 2007; 39(10): 895-909.
4. ASGE Technology Status Evaluation Report: Wireless capsule endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006; 63 (4): 539-545.
5. RAJU GS, GERSON L, DAS A et al. American Gastroenterological Association Institute Medical Position Statement on Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology* 2007; 133(5): 1694-6
6. STURNIOLO G., LEO, V., VETTORATO M., et al. Clinical relevance of small-bowel findings detected by wireless capsule endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40(6): 725-33.
7. RONDONOTTI E., VILLA F., SALADINO V., et al. Diagnostic yield of video capsule endoscopy (PillCam) outside the small bowel. *GIE* 2008; 67(5): AB270
8. KITTYAKARA T., SELBY W. Non small bowel lesions detected by capsule endoscopy in patients with obscure GI bleeding. *GIE* 2005; 62(2): 234-8.
9. EDERY J. et al. Consensus Report of the 5th International Conference on Capsule Endoscopy 2006; AB 366470
10. APOSTOLOPOULOS et al. Capsule endoscopy in obscure occult vs obscure overt GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 187-8
11. BEN SOUSSAN et al. Consensus Report of the 5th International Conference on Capsule Endoscopy 2006; AB 366874
12. GAY G. et al. Consensus Report of the 5th International Conference on Capsule Endoscopy 2006; AB 367198
13. PENNAZIO M, SANTUCCI R, RONDONOTTI E et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology* 2004; 126: 643-53.
14. GAY G, DELVAUX M, FASSLER I. Outcome of capsule endoscopy in determining indication and route for push- and-pull enteroscopy. *Endoscopy* 2006; 38 (1): 49-58
15. KORNBLUTH A, LEGNANI P, LEWIS BS. Video capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: past, present, and future. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 278-85.
16. TRIESTER SL, LEIGHTON JA, LEONTIADIS GI, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with non-stricturing small bowel Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(5): 954-64.