

# OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA AL USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON ESTENOSIS POR ENTERITIS ACTÍNICA

C. Núñez-Sousa, H. Pallarés-Manrique, D. Bejarano, M. Ramos-Lora

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

## Resumen

Para poder diagnosticar una enteritis actínica, no solo hay que sospecharla, sino demostrarla, y en numerosas ocasiones e incluso tras realizar múltiples pruebas no es posible su diagnóstico.

La cápsula endoscópica ha demostrado ser una tecnología extraordinariamente útil para diagnosticar patología del intestino delgado que pasa desapercibida con otro tipo de pruebas. Le mostramos a continuación un caso que sirve de ejemplo.

**Palabras clave:** Cápsula endoscópica, obstrucción intestinal, enteritis actínica, estenosis intestinal.

## Abstract

In order to diagnose radiation enteritis, suspicion is not enough and diagnosis must be demonstrated. However, on numerous occasions and even after multiple tests, it has not been possible to diagnose it.

### CORRESPONDENCIA

Cinta Núñez Sousa  
Barriada Nuevo Parque Bloque 5. Piso 6ªD.  
21007 Huelva

cinuso@hotmail.com

Capsule endoscopy has proven to be an extremely useful technique to diagnose pathologies of the small bowel that go unnoticed with other tests. We describe below a case that provides an example of this.

**Key words:** Capsule endoscopy, intestinal obstruction, radiation enteritis, intestinal stenosis.

## Presentación del caso

Mujer de 42 años de edad, alérgica a sulfamidas, fumadora de 1 paquete/día, diagnosticada en Marzo del 2008 de adenocarcinoma de endometrio, realizándose histerectomía con doble anexectomía con posterior radioterapia y braquiterapia. Desde finales de ese mismo año comienza con dolores abdominales de forma crónica y recurrente, tipo cólico, que mejoraba durante el ayuno prolongado acompañado de pérdida ponderal y anemia, precisando seguimiento por la Unidad de Nutrición. Durante su estudio se le realizó endoscopia oral, colonoscopia completa, tránsito intestinal y TAC abdominal sin evidenciarse hallazgos que justificasen su patología.

Ante la persistencia de la sintomatología y la ausencia de un claro diagnóstico, se solicita la realización de una cápsula endoscópica.

A las 24 horas de la ingesta de la cápsula comienza con dolor abdominal intenso acompañado de vómitos. Al reinterrogarla refiere no haberla expulsado por lo que se realiza una radiografía simple de abdomen donde se aprecian niveles hidroaéreos así como la cápsula en el interior de un asa intestinal. Se lleva a cabo una lectura rápida de la grabación y se aprecia que ésta se encuentra detenida en una estenosis concéntrica blanquecina hasta la finalización de la vida de la batería sin que pueda progresar a través de la misma (Figura 1).

Pocas horas después del inicio de la clínica se decide intervención quirúrgica urgente ya que la situación clínica de la paciente no permitía la posibilidad de tratamiento médico. Se reseca el segmento de intestino delgado donde se localiza la estenosis y la cápsula impactada resolviéndose así el cuadro. En el estudio histológico se aprecian tres estenosis a nivel de intestino delgado y cuya histología es compatible con enteritis actínica (Figura 2).

La paciente evolucionó de forma favorable, desapareciendo el dolor y ganando peso. Actualmente se encuentra asintomática desde el punto de vista digestivo.



**Figura 1**  
Estenosis por enteritis actínica.



**Figura 2**  
Cápsula endoscópica impactada en intestino delgado.

## Discusión

La cápsula endoscópica ha demostrado ser una tecnología extraordinariamente útil para diagnosticar patología del intestino delgado que pasa desapercibida con otro tipo de pruebas<sup>1</sup>, alcanzando, por ejemplo, una sensibilidad y especificidad del 88.9% y 95% respectivamente en el caso de hemorragia digestiva de origen oscuro<sup>2</sup>. La retención de la cápsula es la complicación más importante de estos dispositivos y aunque su incidencia es baja, del 1,4%<sup>3</sup>, es el principal motivo de preocupación para los médicos, ya que tiene el potencial de causar obstrucción del intestino delgado y raramente perforación, que puede conducir a una necesidad de cirugía, como hemos mostrado en nuestro caso clínico. No obstante, la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea o con tratamiento médico, principalmente con dieta absoluta y corticoides siendo la resolución quirúrgica la menos frecuente según las distintas series. La causa más frecuente para la retención de la cápsula es la enfermedad de Crohn (35,3%) seguido de lesión neoplásica (22%), enteropatía inducida por AINES (18%), la estenosis postquirúrgica (7%), adherencias (2,9%), tuberculosis (2,2%), isquemia (1,5%) y la enteritis actínica (2,2%)<sup>4</sup>.

Por el momento, todos los pacientes deben ser advertidos acerca de esta complicación y de la posibilidad de su tratamiento quirúrgico para subsanarlo, lo cual también hay que señalar que en el 80% de los pacientes tratados quirúrgicamente se obtiene un claro beneficio al resolverse el problema subyacente, pues es la retención de la cápsula en la zona estenótica la que permite diagnosticar la patología del paciente que había pasado desapercibida a las distintas pruebas diagnósticas realizadas, esto se conoce en la literatura como “complicación terapéutica”<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ASGE Technology Status Report: Wireless capsule endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2006;63:539-45.
2. 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.
3. 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.
4. Li F, Gurudu SR, De PG, Sharma VK, Shiff AD, Heigh RI, et al. Retention of the capsule endoscope: a single-center experience of 1000 capsule endoscopy procedures. *Gastrointest Endosc* 2008;68:174-180.
5. Baichi MM, Arifuddin RM, Mantry PS. What we have learned from 5 cases of permanent capsule retention. *Gastrointest Endosc* 2006;64:283-287.