



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

35 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014

www.elsevier.es/cirugia

P-317 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A CÁPSULA ENDOSCÓPICA

F.J. Ruescas García, D. Padilla, P. Villarejo Campos, S. Sánchez García, E.P. García Santos, J.L. Bertelli Puche, A. Alberca Páramos y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Presentación de un caso clínico infrecuente de obstrucción intestinal secundaria a cápsula endoscópica (CE) y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente varón de 73 años con antecedentes de carcinoma de próstata intervenido hacía seis años, y en estudio por hemorragia digestiva de origen indeterminado, al que se le realizó estudio con CE. A las 48 horas de su ingesta, el paciente acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos de 12 horas de evolución. La analítica mostraba 14.200 leucocitos/?l sin otras alteraciones. En la radiografía de abdomen presentaba dilatación de asas de intestino delgado y en la tomografía computarizada (TC) se confirma la dilatación de asas de intestino delgado hasta la zona de la CE a 15 cm de la válvula ileocecal con edema parietal. Con el diagnóstico de obstrucción mecánica secundaria a CE se indicó cirugía urgente, apreciando dos estenosis de aspecto inflamatorio a 15 y 35 cm de la válvula ileocecal. Se resecaron 30 cm de íleon distal, incluyendo las dos estenosis y se realizó anastomosis latero-lateral manual. El estudio anatomopatológico de la pieza fue compatible con Enfermedad de Crohn.

Discusión: La CE permite la obtención de imágenes de la mucosa del intestino delgado, inexplorables con otras pruebas diagnósticas. Actualmente su principal indicación es el estudio de la hemorragia digestiva oculta, utilizada también para el estudio en la enfermedad de Crohn, la enfermedad celíaca, los síndromes de poliposis intestinal, la enfermedad de injerto contra huésped y el dolor abdominal inexplicable. La principal complicación de la CE es su retención en el intestino delgado, definida como su permanencia en el tracto gastrointestinal durante más de 2 semanas. La tasa de retención es de alrededor el 1% de forma general, aunque varía dependiendo de la indicación de la exploración (sangrado intestinal oculto 2,2%, sospecha de enfermedad de Crohn 5,4%, enfermedad de Crohn confirmada 13% o enfermedad celíaca 1%). Además, se han descrito una serie de factores de riesgo individuales para retención como son la enteritis por radioterapia, la cirugía abdominal previa, la intususcepción y la estenosis por antiinflamatorios no esteroideos. Se han desarrollado cápsulas con el fin de detectar estenosis intestinales y evitar de esta manera la retención de la cápsula endoscópica como Patency[®] o Agile[®] que se disuelve en el interior del intestino delgado entre 30-80 horas tras su ingesta, quedando una pequeña parte (3 × 13 mm) que es expulsada espontáneamente. Habitualmente, la retención CE no produce síntomas, siendo la obstrucción intestinal completa excepcional, sobre todo en un paciente sin factores de riesgo, como en nuestro caso. La CE es una herramienta diagnóstica útil para estudio de enfermedades del tubo digestivo, con aplicaciones bien conocidas en el intestino delgado, pero no exentas de complicaciones, incluso en pacientes sin factores de riesgo.