

Authors' contributions

A.R.C.: patient recruitment, data collection, literature review, writing up of the first draft of the paper, revision of the manuscript; L.R.A.: data collection, literature review, revision of the manuscript; F.R.M.: literature review, revision of the manuscript; J.G.: literature review, revision of the manuscript.

Data availability statement

Data cannot be shared for ethical/privacy reasons. Data available on request. The data underlying this short report cannot be shared publicly in order to protect the privacy of the individual. The data will be shared on reasonable request to the corresponding author.

Funding

No specific funding has been received. Data have been generated as part of our routine work at our hospital.

Conflicts of interest

Alexandra Ruiz-Cerulla has served as a speaker for Takeda.

Francisco Rodríguez-Moranta has served as a speaker for Abbvie, Takeda, Pfizer, Jansen, and MSD and has served as an advisor for Abbvie, Jansen, MSD, and Pfizer.

Lorena Rodríguez-Alonso has served as a speaker for Takeda, Pfizer and MSD and has served as an advisor for Abbvie.

Jordi Guardiola has served as a speaker and consultant or has received research or education funding from MSD, Abbvie, Kern, Pfizer, Takeda, Janssen, Ferring, Roche and General Electric.

References

- Baert F, Vande Casteele N, Tops S, Noman M, Van Assche G, Rutgeerts P, et al. Prior response to infliximab and early serum drug concentrations predict effects of adalimumab in ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40:1324–32.
- Taxonera C, Iglesias E, Munoz M, Calvo M, Barreiro-de Acosta M, Busquets D, et al. Adalimumab maintenance treatment in ulcerative colitis: outcomes by prior anti-TNF use and efficacy of dose escalation. *Dig Dis Sci.* 2017;62:481–90.
- Ungar B, Kopylov U, Engel T, Yavzori M, Fudim E, Picard O, et al. Addition of an immunomodulator can reverse antibody formation and loss of response in patients treated with adalimumab. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;45:276–82.
- Panés J, Colombel JF, D'Haens GR, Schreiber S, Panaccione R, Peyrin-Biroulet L, et al. High versus standard adalimumab induction dosing regimens in patients with moderately to severely active ulcerative colitis: results from the SERENE-UC induction study. Oral presentation: Paradigms shifts in IBD treatment. UEG week; 2019 Oct 19-23; Barcelona, Spain. *Unit Eur Gastroenterol J.* 2019; 7 Suppl. 8.
- Colombel JF, Panés J, D'Haens G, Schreiber S, Panaccione R, Peyrin-Biroulet L, et al. OP01 Higher vs. standard adalimumab maintenance regimens in patients with moderately to severely active ulcerative colitis: Results from the SERENEUC maintenance study. Oral presentations: Scientific Session 1: Hot debates in IBD. Congress of ECCO; 2020 Feb 12-15: Vienna, Austria. *J Crohn's Colitis.* 2020; 14 Suppl. 1:S001.

Alexandra Ruiz-Cerulla*, Lorena Rodríguez-Alonso, Francisco Rodríguez-Moranta, Jordi Guardiola

Department of Gastroenterology, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: aruizcerulla@bellvitgehospital.cat (A. Ruiz-Cerulla).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.02.008>

0210-5705/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Utilidad de la cápsula endoscópica en la enfermedad perianal compleja idiopática



Usefulness of capsule endoscopy in idiopathic complex perianal disease

La enfermedad de Crohn (EC) puede afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal siendo la localización ileocólica la más frecuente (40%), seguida de la ileal (30%) y de colon (15-30%). La afectación exclusiva de intestino delgado proximal, no accesible por ileocolonoscopia, ocurre en tan solo un 10% de los pacientes^{1,2}. Por otra parte, alrededor del 9% de los pacientes presentan enfermedad perianal (EPA) en el momento diagnóstico de la EC, variando su incidencia según la localización intestinal de la enfermedad; así, siendo del 15% cuando afecta al íleon, del 12% en

afectación ileocólica, del 40% en afectación cólica y del 92% en afectación rectal³. Sin embargo, la asociación de EPA en pacientes con EC exclusiva del tracto gastrointestinal alto ha sido poco descrita.

Presentamos 2 casos de pacientes con EPA y colonoscopia normal, en los que el estudio mediante cápsula endoscópica (CE) detectó lesiones sugestivas de EC. Se revisan los hallazgos endoscópicos y los escasos estudios publicados.

Caso 1

Mujer de 35 años que presenta fisura y fístula anal de 2 años de evolución a la que se practicó una esfinterotomía con persistencia de una fístula interesfinteriana visualizada por resonancia pélvica. A pesar de ello presentó un curso tórpido por lo que se derivó para descartar EC. Clínicamente no refería sintomatología digestiva, negaba ingesta de AINE y la analítica era estrictamente normal (incluyendo

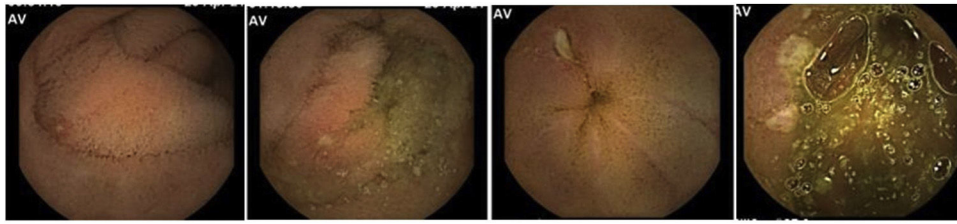


Figura 1 Fotogramas de la cápsula endoscópica del caso 1.

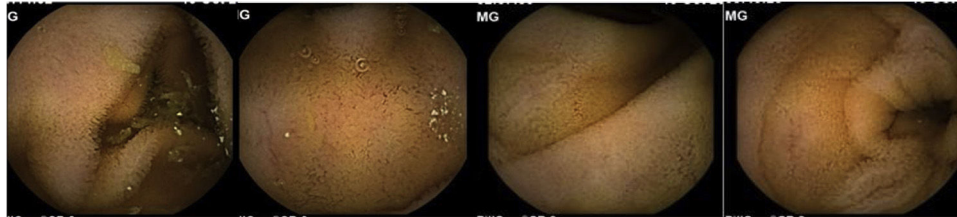


Figura 2 Fotogramas de la cápsula endoscópica del caso 2.

proteína C reactiva y calprotectina fecal). En la ileocolonoscopia, se objetivaron 4 aftas en íleon terminal con mucosa de colon y recto sin alteraciones. En la histología ileal y de los distintos segmentos del colon se constató leve incremento del infiltrado inflamatorio mixto en lámina propia, y focos de linfoplasmocitosis basal. El estudio con CE identificó diversas aftas y erosiones en todo el intestino delgado y 3 úlceras superficiales, una en yeyuno medio y 2 en íleon distal (fig. 1). Tanto la endoscopia como la histología excluyeron otras causas de EPA (infecciones, TBC, neoplasia...).

Caso 2

Mujer de 38 años con antecedente de apendicectomía por plastrón apendicular con persistencia del dolor abdominal. A los 7 años de la cirugía presentó un absceso perianal que se drenó y posteriormente requirió fistulotomía y colocación de sedales y legrado de cavidad, derivándose para descartar EC. Clínicamente destacaba dolor abdominal leve difuso, sin otra sintomatología. Presentaba una analítica estrictamente normal, y se descartó tratamiento con AINE. En la ileocolonoscopia no se identificaron lesiones y la enterografía por resonancia magnética también resultó normal. Por este motivo se completó el estudio con CE, que evidenció múltiples ulceraciones superficiales y de pequeño tamaño en todo el intestino delgado; estos hallazgos, aunque inespecíficos, fueron sugestivos de EC (fig. 2).

Ante los hallazgos de la CE se planteó tratamiento antiTNF con infliximab dado que es el fármaco biológico aprobado para la EPA junto a inmunosupresor concomitante en ambas pacientes. La evolución con este tratamiento fue óptima.

Se dispone de escasos datos sobre la afectación de intestino delgado proximal en los pacientes con EC y EPA sin lesiones detectadas por ileocolonoscopia. Adler et al.⁴ en un estudio prospectivo en el que incluyeron a 26 pacientes con EPA y estudio normal con colonoscopia y prueba de

imagen (enterografía TC/resonancia magnética) que fueron explorados mediante CE, observaron lesiones en intestino delgado sugestivas de EC en el 24% de ellos. Posteriormente, Xavier et al.⁵, en un estudio retrospectivo que incluyó a 71 pacientes con EC a los que se exploró con CE y de los cuales 17 presentaban EPA, constataron que los pacientes con EPA presentaban más lesiones, particularmente erosiones, en intestino proximal (94,1 vs. 66,6%; $p=0,03$).

La CE permite la visualización de todo el intestino delgado y es la exploración de elección en pacientes con sospecha de EC, ileocolonoscopia normal y en ausencia de clínica obstructiva, habiendo demostrado mayor sensibilidad que las exploraciones radiológicas para detectar lesiones incipientes y proximales en intestino delgado⁶. Clásicamente se ha descrito la asociación de EPA con EC de colon, desconociéndose al alcance real de esta grave complicación en aquellos pacientes con EC de tracto gastrointestinal alto³, y menos aún cuando la afectación intestinal es exclusivamente del intestino proximal. Por ello, ante la presencia de EPA con ileocolonoscopia y enterografía normales o no concluyentes, la CE presenta un alto valor predictivo negativo para EC de intestino delgado, permitiendo el estudio de la mucosa de forma continua y no invasiva. En este sentido, un metaanálisis ya demostró el rendimiento diagnóstico significativamente mayor de la CE frente a la enterografía e incluso a la ileocolonoscopia⁷. Algunos estudios han observado lesiones proximales de intestino delgado hasta en el 50% de los pacientes con EC cuando se utiliza la CE. La detección de lesiones por CE en pacientes con ileocolonoscopia y resonancia magnética normales podría implicar un cambio en la toma de decisiones en estos pacientes, si bien queda por determinar cuáles son las implicaciones evolutivas, pronósticas y de manejo cuando estas lesiones son tan superficiales que no se detectan en la enterografía⁸. A pesar de ello y como se demuestra en los casos comentados, la CE debe considerarse en determinadas situaciones clínicas en las que se sospeche EC sin poderse demostrar en los estudios convencionales.

Bibliografía

1. Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, van Assche G, Lindsay JO, et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohn's Colitis*. 2017;11:3–25.
2. Sainz E, Zabana Y, Miguel I, Fernández-Clotet A, Beltrán B, Núñez L, et al. Clinical features, therapeutic requirements and evolution of patients with Crohn's disease and upper gastrointestinal involvement (CROHNEX study). *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;54:1041–51.
3. Boscá MM, Alós R, Maroto N, Gisbert JP, Beltrán B, Chaparro M, et al., Recommendations of the Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Spanish Working Group (GETECCU) for the treatment of perianal fistulas of Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43:155–68.
4. Adler SN, Yoav MY, Eitan S, Yehuda C, Aliakim R. Does capsule endoscopy have an added value in patients with perianal disease and a negative work up for Crohn's disease? *World J Gastrointest Endosc*. 2012;4:185.
5. Xavier S, Cúrdia Gonçalves T, Dias de Castro F, Magalhães J, Rosa B, Moreira MJ, et al. Perianal Crohn's disease—association with significant inflammatory activity in proximal small bowel segments. *Scand J Gastroenterol*. 2018;53:426–9.
6. 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;47:352–76.
7. Dionisio PM, Gurudu SR, Leighton JA, Leontiadis GI, Fleischer DE, Hara AK, et al. Capsule endoscopy has a significantly higher diagnostic yield in patients with suspected and established small-bowel crohn's disease: A meta-analysis. *Am J Gastroenterol*; 2010;105:1240–8.
8. González-Suárez B, Rodríguez S, Ricart E, Ordás I, Rimola J, Díaz-González Á, et al. Comparison of capsule endoscopy and magnetic resonance enterography for the assessment of small bowel lesions in Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2018.

Cristina Romero-Mascarell^{a,*}, Carlos González-Muñosa^a, Pilar Hernández^b y Esther Garcia-Planella^a

^a Servicio de Patología Digestiva, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital de Sant Pau, Barcelona, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cromerom@santpau.cat (C. Romero-Mascarell).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.03.010>

0210-5705/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.