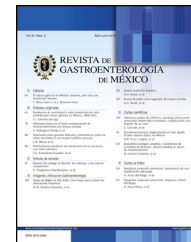




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTAS AL EDITOR

A propósito de la retención de cápsula endoscópica: cómo prevenir, diagnosticar y manejar esta complicación



Video capsule retention in capsule endoscopy: How to prevent, diagnose, and manage that complication

A los editores:

A propósito del artículo del Dr. Roesch-Dietlen et al.¹ sobre un paciente con Síndrome de Peutz-Jeghers en el cual un procedimiento de cápsula endoscópica (CE) se asoció a obstrucción intestinal, nos permitimos hacer algunos comentarios.

La retención de la CE es el evento más temido del procedimiento. La prevalencia global es de alrededor del 2%.² Existen factores de riesgo asociados con mayor frecuencia: a) sospecha de estenosis intestinal, b) ingesta crónica de AINE, c) sospecha de tumor, y d) enfermedad de Crohn. En estos casos se recomienda previamente un estudio de imagen para evaluar la permeabilidad del intestino delgado.³ La tomografía computarizada con contraste oral (entero-TAC) tiene mayor sensibilidad y especificidad que el tránsito intestinal con bario. No obstante, la certeza no es absoluta, ya que se ha informado de estenosis y retención de cápsula aún con estudios de imagen normal. Ante esto, algunos autores recomiendan la cápsula Agile reabsorbible, sin embargo esta no se encuentra disponible en México y sus resultados son controvertidos.⁴

Por otra parte, en la mayoría de las veces la retención de la cápsula es asintomática y la impactación (término utilizado para describir el atascamiento de la cápsula en la estenosis dando como resultado obstrucción intestinal completa como fue el caso del paciente en cuestión) es poco frecuente y depende de la gravedad de la estenosis. La retención revela por lo general el sitio y naturaleza de la lesión, permitiendo planear el abordaje en forma electiva. Evidencia al respecto demuestra que en un tercio de los pacientes se utiliza una enteroscopia mono o doble balón o una intervención quirúrgica para recuperar la cápsula y al mismo tiempo tratar la causa de la estenosis antes del desarrollo de los síntomas. El resto de los pacientes recibe tratamiento médico o expectante de los cuales, la mitad terminan siendo intervenidos quirúrgicamente y en la otra mitad existe paso espontáneo de la CE.⁵

Con base en lo anterior, recomendamos las siguientes medidas con el fin de reducir la posibilidad de retención:

1. Antes del procedimiento, buscar factores de riesgo de estenosis y utilizar un estudio de imagen para evaluar la permeabilidad intestinal.
2. Al finalizar el estudio, sistemáticamente verificar la expulsión de la cápsula en forma visual o mediante una radiografía simple de abdomen tan pronto como haya síntomas abdominales o a los 7 días en ausencia de estos, particularmente en pacientes con estudio incompleto de intestino delgado aún cuando no se haya detectado estenosis.
3. En el caso de retención con estenosis, planear un tratamiento médico, endoscópico o quirúrgico enfocado a la enfermedad de base y secundariamente a la recuperación de la CE. En este punto los síntomas abdominales son cruciales para determinar la premura con la que se debe aplicar el tratamiento. En retención con estenosis parcial no sintomática, la administración de un tratamiento médico o la adopción de una conducta expectante puede dar lugar al paso espontáneo tardío de la cápsula, lo cual permite explorar otras alternativas no quirúrgicas de tratamiento de forma electiva.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades, sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Roesch-Dietlen FB, Cano-Contreras AD, Meixueiro-Daza A, et al. Bowel obstruction due to capsule endoscopy in a patient with Peutz-Jeghers syndrome [Article in English, Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017.
2. Rezapour M, Amadi C, Gerson LB. Retention associated with video capsule endoscopy: Systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2017;85:1157–68, e2.
3. Enns RA, Hookey L, Armstrong D, et al. Clinical Practice Guidelines for the Use of Video Capsule Endoscopy. *Gastroenterology*. 2017;152:497–514.
4. Cave D, Legnani P, de Franchis R, et al. ICCE consensus for capsule retention. *Endoscopy*. 2005;37:1065–7.

5. Cheon JH, Kim YS, Lee IS, et al. Can we predict spontaneous capsule passage after retention? A nationwide study to evaluate the incidence and clinical outcomes of capsule retention. *Endoscopy*. 2007;39:1046–52.

D. García-Compeán* y E.I. González-Moreno

Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia. Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario

«Dr. José Eleuterio González», Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México, Madero y Gonzalitos s/n, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64460; Teléfono/fax: +52 (81) 83333664.

Correo electrónico: digarciacompean@prodigy.net.mx (D. García-Compeán).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.08.007>
0375-0906/

© 2018 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

«A propósito de la retención de cápsula endoscópica: cómo prevenir, diagnosticar y manejar esta complicación» de Diego García-Compeán



«Video capsule retention in capsule endoscopy: How to prevent, diagnose, and manage that complication» by Diego García-Compeán

A los editores:

A propósito de la carta dirigida a ustedes por el Dr. Diego García-Compeán con relación al artículo «Bowel obstruction due to capsule endoscopy in a patient with Peutz-Jeghers syndrome, de Roesch-Dietlen et al.¹ en la que emite sus comentarios sobre cómo prevenir, diagnosticar y manejar esta complicación, me permito mencionar que estamos totalmente de acuerdo con los aspectos señalados y nos permitimos comentar lo siguiente:

Efectivamente la retención de la CE es el evento más temido del procedimiento con una prevalencia global del 2%, sobre todo en pacientes con enfermedades que afectan el calibre de la luz intestinal, sin embargo en el momento en que se tomó la decisión de realizar el estudio no existían síntomas o signos sugestivos de oclusión, por lo que no se consideró pertinente realizar previamente un tránsito intestinal o TAC con medio de contraste oral, así como tampoco el empleo de la cápsula Agile que es degradable y porque desgraciadamente este recurso no se encuentra disponible en nuestro país y sus resultados son aún controvertidos².

Estamos de acuerdo en que el manejo debe ser conservador y el procedimiento de elección para resolver la impactación de una cápsula es la enteroscopia mono o doble balón la cual suele tener un elevado porcentaje de éxito, aunque la experiencia en México es escasa como lo mencionan García-Correa et al. en un grupo de 19 pacientes atendidos en el Centro Médico de Occidente del IMSS en Guadalajara³. En nuestro caso se intentó resolver el cuadro oclusivo al séptimo día mediante enteroscopia con doble balón, el cual no fue exitoso por el impacto de la cápsula

en el sitio de la estenosis localizada en el íleon terminal, tomándose la decisión de efectuar la resección intestinal de la zona afectada en la cual se resolvió satisfactoriamente la complicación.

Estamos totalmente de acuerdo en las medidas que se proponen con el fin de reducir la posibilidad de retención de la cápsula endoscópica y que el Dr. García-Compeán cita en su Carta al Editor⁴.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades, sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Roesch-Dietlen FB, Cano-Contreras AD, Meixueiro-Daza A, et al. Bowel obstruction due to capsule endoscopy in a patient with Peutz-Jeghers syndrome [Article in English, Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017. S0375-0906(17)30030-7.
2. Rezapour M, Amadi C, Gerson LB. Retention associated with video capsule endoscopy: Systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2017;85, 1157.e2-1168.e2.
3. García-Correa JJE, Ramírez-García JJ, García-Contreras LF, et al. Enteroscopia de doble balón: indicaciones, abordajes, eficacia diagnóstica y terapéutica y seguridad Experiencia temprana de un solo centro. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.04.001>
4. Enns RA, Hookey L, Armstrong D, et al. Clinical Practice Guidelines for the Use of Video Capsule Endoscopy. *Gastroenterology*. 2017;152:497–514.

F. Roesch-Dietlen*, A.D. Cano-Contreras, A. Meixueiro-Daza, J.M. Remes-Troche y P. Grube-Pagola

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México