

Utilidad de la cápsula endoscópica en el estudio del paciente con anemia severa por probable hemorragia digestiva de origen oculto

Utility of the endoscopic capsule in the study of the patient with severe anemia due to probable gastrointestinal bleeding of occult origin

Rodríguez-Moncada, R.¹; López-Díaz, J. A.²; Gómez-Delgado, E.¹; Vázquez-Morón, J.M.¹

¹ Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

² UGC Molino de la Vega. Huelva.

Resumen

En la batería de pruebas complementarias solicitadas al paciente con anemia ferropénica de origen no filiado es frecuente la realización de gastroscopia y colonoscopia. Sin embargo, es importante valorar la necesidad de realizar otros estudios si no se alcanza un diagnóstico etiológico, entre los cuales destaca la cápsula endoscópica. En el caso clínico que se expone la cápsula endoscópica resultó fundamental para establecer el diagnóstico de adenocarcinoma yeyunal en un estadio precoz de la enfermedad, permitiendo someter al paciente a un tratamiento quirúrgico curativo sin necesidad de otras terapias.

Abstract

Among complementary tests requested for the unknown-origin iron deficiency patient, gastroscopy and colonoscopy are frequent. However, it is important to assess the need to perform other studies if an etiological diagnosis is not reached, among which the endoscopic capsule stands out. In this case report the endoscopic capsule was essential to establish the jejunal adenocarcinoma diagnosis in an early stage of the disease, allowing the patient to undergo a curative surgical treatment without necessity of other therapies.

Palabras clave: Cápsula endoscópica; Anemia; Hemorragia gastrointestinal; Intestino delgado.

Keywords: Capsule endoscopy; Anemia; Gastrointestinal Hemorrhage; Small intestine.

INTRODUCCIÓN

Ante un cuadro de anemia ferropénica severa en el contexto de probable hemorragia digestiva sin obtenerse diagnóstico etiológico tras endoscopia digestiva alta y colonoscopia (hemorragia digestiva de origen oculto), es importante realizar otros estudios que nos permitan inspeccionar los segmentos del intestino delgado no explorados, entre los cuales destaca la cápsula endoscópica. Se trata de un método no invasivo que permite visualizar todo el intestino delgado, siendo de primera elección en casos de sospecha de sangrado a este nivel (1).

CASO CLÍNICO

Se trataba de un varón de 59 años con antecedentes familiares de cáncer colorrectal (madre y hermano), ex-fumador e hiper-

tenso. En seguimiento por hematología por gammopatía monoclonal de significado incierto. Refería astenia y disnea a moderados esfuerzos de dos meses de evolución, sin síndrome constitucional, cambio de hábito intestinal ni datos de sangrado digestivo. Exploración física y tacto rectal sin hallazgos significativos. Analítica compatible con anemia ferropénica severa (Hb 6.9 g/dL); resto de parámetros analíticos incluyendo marcadores tumorales dentro de la normalidad. TC abdominal y gastroscopia sin hallazgos de interés. La colonoscopia objetivó en colon izquierdo un pólipo pediculado subcentimétrico que se reseccó, con histología de adenoma tubular con displasia de bajo grado, y un pólipo sénil de 1.5 cm que se reseccó sin poder recuperarse. Se estableció el diagnóstico de anemia secundaria a pólipos colónicos. Seis meses después el paciente fue valorado en consulta, objetivando de nuevo anemia severa, por lo que se solicitó cápsula endoscópica ante la sospecha de hemorragia digestiva de origen oculto. Se objetivó a nivel de la primera porción yeyunal una lesión circunferencial, irregular, de aspecto infiltrativo, que protruía hacia la luz intestinal provocan-

do cierta estenosis (figura 1), con áreas mamelonadas de aspecto vellositario y ampliamente ulcerada (figuras 2 y 3), con sangrado activo babeante en su superficie, compatible con una neoplasia yeyunal. Se repitió TC abdominal en el que se apreció un pseudoengrosamiento mural a nivel yeyunal sin alteraciones locorreccionales asociadas, inespecífico radiológicamente, no presente en estudio previo. Ante la sospecha de tumor yeyunal y tras descartar la presencia de enfermedad a distancia, se realizó resección intestinal amplia del segmento afecto y anastomosis duodenoeyunal laterolateral. El estudio histológico confirmó que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante hasta la muscular, con bordes quirúrgicos libres, sin identificar ganglios linfáticos. No fue necesario, por tanto, administrar terapia adyuvante posteriormente, considerándose la cirugía curativa y permaneciendo el paciente actualmente libre de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos del intestino delgado son muy poco frecuentes, representando únicamente el 3% de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Son más frecuentes en hombres, con un incremento de su incidencia a partir de los 40 años. El adenocarcinoma es el subtipo histológico más frecuente (2). La forma de presentación es muy inespecífica, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal. En una serie de 491 pacientes con adenocarcinoma de intestino delgado, la anemia ferropénica fue la forma de presentación únicamente en el 15% de los casos (3), tal y como sucedió en el caso que se presenta. El diagnóstico es usualmente complejo, debido a la localización de estas lesiones (no accesibles mediante gastroscopia o colonoscopia), su baja frecuencia y la clínica tan inespecífica que producen. Es frecuente, por lo tanto, llegar al mismo en una etapa tardía de la enfermedad en la que resulta complicado administrar un tratamiento curativo (4). El pronóstico se relaciona con la extensión de la enfermedad, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental, permitiendo en nuestro caso (estadio T2N0M0) llevar a cabo un tratamiento quirúrgico curativo sin necesidad de terapia adyuvante (5). Si bien en estos casos estaría indicado realizar una enteroscopia para toma de biopsias y marcaje de la lesión de cara a una posterior confirmación histológica y cirugía, en el caso que se presenta, con clínica sugestiva desde hacía más de seis meses (anemia severa en dos ocasiones) e imágenes de cápsula endoscópica claramente compatibles con una lesión neoplásica, su realización podría haber supuesto un retraso diagnóstico aún mayor, empeorando el pronóstico del paciente. Es por esto que, dado que el estudio de extensión resultó negativo, se decidió llevar a cabo directamente la resección quirúrgica del segmento intestinal afecto, la cual resultó curativa, siendo confirmada la enfermedad neoplásica en el estudio histológico de la pieza quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Bree E, Rovers KP, Stamatiou D, Souglakos J, Michelakis D, de Hingh IH. The evolving management of small bowel adenocarcinoma. *Acta Oncol.* 2018; 30: 1-11.
2. Li J, Wang Z, Liu N, Hao J, Xu X. Small bowel adenocarcinoma of the jejunum: a case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2016; 14:177-82.
3. Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, Quevedo JF. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *Am J Surg.* 2010; 199: 797-803.
4. Juanmartiñena JF, Montes M, Fernández-Urién I. Signet ring cell carcinoma of the jejunum: an uncommon finding within the reach of capsule endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017; 109(2): 149-50.
5. Young JJ, Mongoue-Tchokote S, Wieghard N, et al. Treatment and Survival of Small-bowel Adenocarcinoma in the United States: A Comparison With Colon Cancer. *Dis Colon Rectum.* 2016; 59(4): 306-15.

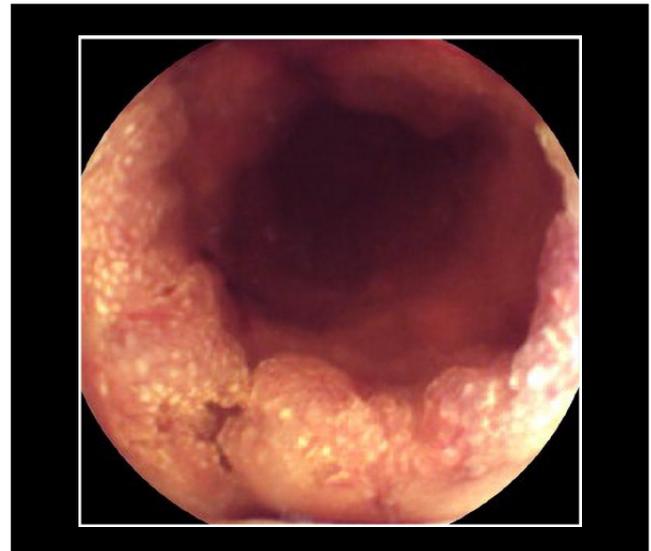


Figura 1. Lesión circunferencial, irregular, de aspecto infiltrativo, que protruye hacia la luz intestinal provocando cierta estenosis.



Figura 2. Lesión con áreas mamelonadas.

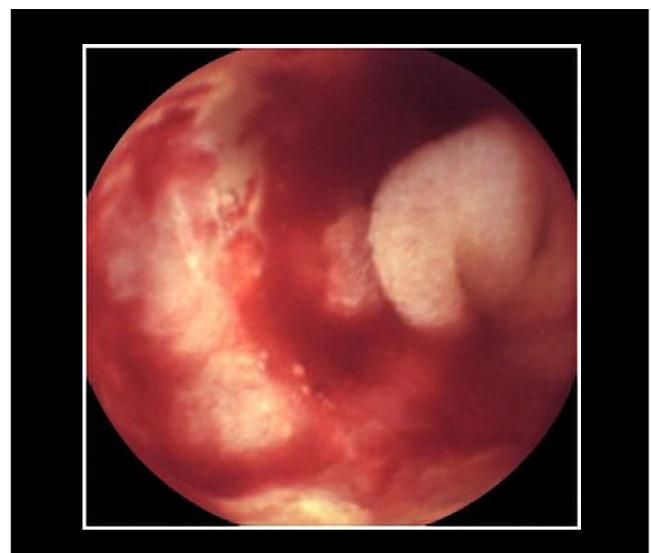


Figura 3. Lesión ulcerada con restos de aspecto vellositario.