

5. Adams JT. Abdominal wall, omentum, mesentery, and retroperitoneum. En: Schwartz S, Shires F, Spencer F, editores. *Principles of Surgery*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 1994. p. 1485.
6. Tedeschi CG, Botta GC. Retractable mesenteritis. *N Engl J Med*. 1962;266:1035-40.
7. Horton KM, Lawler LP, Fishman EK. CT findings in sclerosing mesenteritis (panniculitis): Spectrum of disease. *Radiographics*. 2003;23:1561-7.
8. Roson N, Garriga V, Cuadrado M, et al. Sonographic findings of mesenteric panniculitis: Correlation with CT and literature review. *S J Clin Ultrasound*. 2006;34:169-76.
9. Bala A, Coderre SP, Johnson DR, et al. Treatment of sclerosing mesenteritis with corticosteroids and azathioprine. *Can J Gastroenterol*. 2001;15:533-5.
10. Muñoz-Juárez M, Luque-de León E, Moreno-Paquentin E, et al. Sclerosing mesenteritis: A disease of malignant appearance. *Rev Gastroenterol Mex*. 1998;63:224-30.

A. Parra-Buitrago^{a,*}, N.A. Valencia-Zuluaga^a, J.A. Rivera-Echeverry^b, M. Contreras-Ramírez^b y A. Vélez-Hoyos^c

^a Residentes de Pediatría, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^c Servicio de Patología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

* Autor para correspondencia: Carrera 79 N.º 35-43 Medellín. Código Postal: 050034. Teléfono: +574 4114745-4168537. Correo electrónico: andreaparrab@gmail.com (A. Parra-Buitrago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.03.001>

Aspiración de cápsula endoscópica: ¿complicación frecuente?

Capsule endoscope aspiration: A common complication?

La hemorragia gastrointestinal de origen oscuro (HOO) se define como hemorragia oculta o manifiesta de origen desconocido después de una endoscopia y colonoscopia negativas. La HOO puede presentarse como oculta, caracterizada por anemia, deficiencia de hierro y/o sangre oculta en heces, o manifiesta, como hematoquecia o melena, sin evidencia del sitio de sangrado por estudios convencionales. Aproximadamente el 5% de la hemorragia gastrointestinal ocurre entre el ligamento de Treitz y la válvula ileocecal¹. El diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con HOO a menudo son procesos largos y difíciles². La cápsula endoscópica (CE) ha mostrado ser piedra angular en la evaluación del paciente con HOO. Los beneficios que incluye la CE son que es un método indoloro, invasivo y ampliamente aceptado por el paciente para el estudio del intestino delgado (ID)¹. La única acción que debe de realizar el paciente es la deglución de la CE. A pesar de ser un método mínimamente invasivo, se deben considerar algunas complicaciones, como la retención de la CE (0.7%), impactación en el cricofaríngeo o divertículos y aspiración al tracto respiratorio (0.2%)³⁻⁸. Mundialmente, son pocos los casos reportados de aspiración de la cápsula endoscópica⁶⁻⁸ y en nuestro país no existe hasta el momento alguno reportado, es por eso que nos interesa dar a conocer el caso, para que los médicos que realicen este tipo de estudio estén alertas de esta probable complicación.

Este es el caso de un paciente masculino de 78 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, negando disfagia o trastornos en la deglución, hospitalizado hace 3 años por hemorragia del tubo digestivo alto por úlcera gástrica secundaria a AINE, recibiendo en aquella ocasión tratamiento endoscópico combinado satisfactorio. Continuaba con la ingesta de manera ocasional de AINE. Inicia padecimiento un año previo con plenitud posprandial, pérdida de 14 kg en el transcurso de ese año y sangre oculta en heces positiva en 2 ocasiones. La panendoscopia mos-

tró hernia hiatal por deslizamiento y gastropatía crónica de cuerpo y antro. La colonoscopia mostró enfermedad diverticular no complicada de colon descendente y sigmoides. Es enviado para realizarle CE dentro del abordaje de hemorragia de origen oscuro. Antes de dar a deglutir la CE, se le realizo un tránsito intestinal, el cual fue normal. Preparación para CE sin alguna complicación.

Programado para estudio de CE con técnica modificada de PillCam colon 1[®] para el estudio del ID. Se le da a deglutir la CE, refiriendo cierta dificultad para la deglución; sin embargo, logra pasarla, inmediatamente después, presenta sensación de cuerpo extraño en la garganta, tos en accesos por 2 min, negando disnea u algún otro síntoma; en la exploración física, no presentaba cianosis; ingiere nuevamente agua, con sensación de haber deglutido la cápsula; sin embargo, al minuto presenta exacerbación de la tos, expulsando la cápsula hacia la boca; se da agua, pasándola sin algún incidente; termina el estudio sin alguna complicación aparente. Se descargan las imágenes y al momento de revisar el estudio se observó que la cápsula había sido aspirada, tomando fotogramas del tracto respiratorio (figs. 1 y 2), expulsándola posteriormente a la boca y deglutiéndola nuevamente, valorando todo el trayecto habitual, terminando el estudio en 8 h, identificando la causa del sangrado.

Actualmente, la CE se ha convertido en el método de elección para el estudio del paciente con hemorragia de origen oscuro, siendo aprobada por la Food and Drug Administration en los Estados Unidos para el estudio de estos pacientes, teniendo otras indicaciones, como en la enfermedad de Crohn y los pólipos, entre otras⁹.

El presente caso muestra la aspiración de una cápsula endoscópica y cómo se recuperó el paciente de manera exitosa y no invasiva. El primer caso reportado requirió extracción quirúrgica⁸; otros casos reportados de aspiración fue la extracción mediante broncoscopia rígida, en donde se utilizaron pinza de cuerpos extraños y canastilla⁷, y en otro, el paciente no requirió de algún procedimiento invasivo para su recuperación⁶, como en nuestro caso. Nuestro paciente no presentó los síntomas clásicos de aspiración aguda o algún síntoma de compromiso respiratorio.

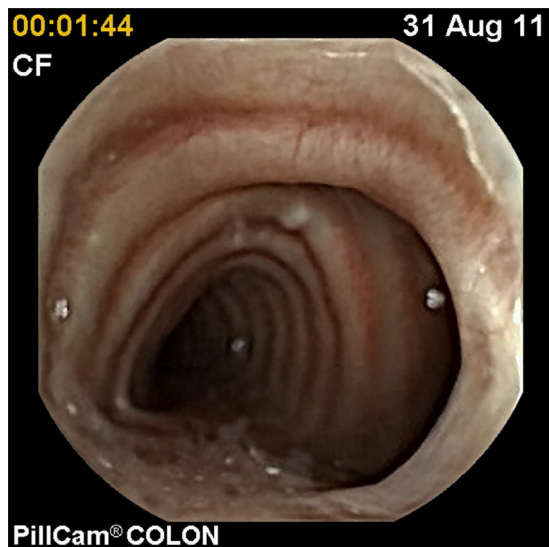


Figura 1 Cápsula endoscópica entrando a la vía respiratoria, observándose los anillos traqueales.

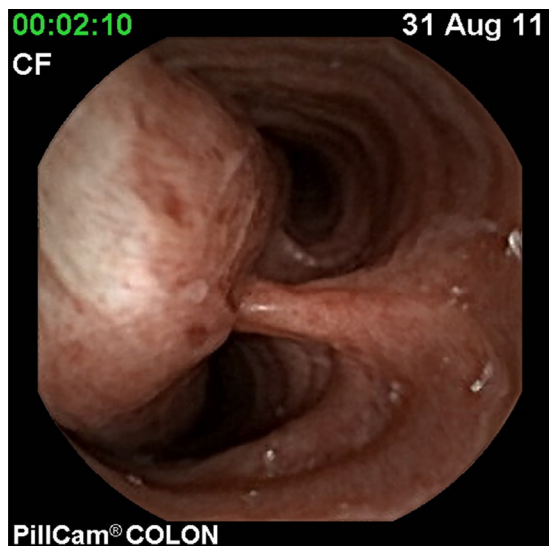


Figura 2 Fotograma de la bifurcación.

Algunos pacientes pueden experimentar la sensación de cuerpo extraño en el tórax después de ingerir la cápsula, principalmente en adultos mayores o en pacientes con enfermedades neurológicas, sin que la hayan aspirado⁷.

Debemos de conocer las complicaciones que puedan surgir y cómo manejarlas. Además de realizar en todo estudio el tiempo real, siendo una herramienta del estudio donde valoramos el paso de la CE hacia el tracto digestivo, ayudándonos a localizar el sitio donde se encuentra la cápsula. En nuestra experiencia, se han realizado más de 200 estudios sin haber presentado una complicación de este tipo. Debemos de interrogar minuciosamente al paciente haciendo énfasis en trastornos de la deglución y si es así realizar estudios com-

plementarios de imagen antes de deglutir la CE. Si hubiera algún trastorno en la deglución la CE deberá guiarse por endoscopia para evitar esta complicación.

Financiación

No hubo financiamiento para la realización de este estudio.

Conflictos de intereses

Los autores no tienen conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. ASGE. The role of endoscopy in the management of obscure GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2010;72:471-9.
2. Rondonotti E, Marmo R, Petracchini M, et al. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) diagnostic algorithm for obscure gastrointestinal bleeding: eight burning questions from everyday clinical practice. *Dig Liver Dis.* 2013;45:179-85.
3. Fleischer DE, Heigh RI, Nguyen CC, et al. Videocapsule impaction at the cricopharynx: A first report of this complication and its successful resolution. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:427-8.
4. Rondonotti E, Herrerias JM, Pennazio M, et al. Complications, limitations, and failures of capsule endoscopy: A review of 733 cases. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:712-6.
5. Schneider AR, Hoepffner N, Rösch W, et al. Aspiration of an M2A capsule. *Endoscopy.* 2003;35:713.
6. Sinn I, Neef B, Andus T. Aspiration of a capsule endoscope. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:926-7.
7. Tabib S, Fuller C, Daniels J, et al. Asymptomatic aspiration of a capsule endoscope. *Gastrointestinal Endosc.* 2004;60:45-8.
8. Barkin JS, Friedman S. Wireless capsule endoscopy requiring surgical intervention: The world's experience. *Am J Gastroenterol.* 2002;97 Suppl:S298.
9. Ladas SD, Triantafyllou K, Spada C, et al. ESGE recommendations on VCE in investigation of small-bowel, esophageal, and colonic diseases. *Endoscopy.* 2010;42:220-7.

X. Sánchez-Chávez^{a,*} y C.L. Martínez-García^b

^a Médico Gastroenterólogo y Endoscopista, Departamento de Endoscopia, Hospital General Regional Carlos MacGregor Sánchez Navarro, México D.F., México

^b Médico Internista y Endoscopista, Departamento de Endoscopia, Hospital General Regional Carlos MacGregor Sánchez Navarro, México D.F., México

* Autor para correspondencia: Gabriel Mancera 222. Colonia del Valle, México D.F. Teléfono: +56395822x0548.

Correo electrónico: quetzi80@yahoo.com

(X. Sánchez-Chávez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2013.04.003>