



Enteroscopia de doble balón

E. Pérez-Cuadrado y P. Esteban Delgado*.

Coordinador de Aparato Digestivo. Adjunto de Aparato Digestivo*.

Unidad de Intestino Delgado. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

eperezcuadrado@meditex.es

Es importante que comprenda bien los aspectos principales de la exploración enteroscopia de doble balón (**EDB**) si su médico le ha recomendado realizársela. Si después de leer este documento informativo tuviera Vd. alguna duda, consúltelo por favor con su médico de atención primaria, especialista, gastroenterólogo y/o endoscopista que se la va a realizar.

¿Qué es una EDB?

La EDB es una técnica endoscópica que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del intestino delgado. Este órgano (duodeno, yeyuno e ileon) está “lejos” de la boca o del ano, a través de los que se introduce un endoscopio especial (enteroscopio) largo y fino que está dotado de un sistema de avance especial, la vía de introducción puede ser vía oral o anal. Tanto el enteroscopio como una vaina plástica que se le pone por fuera, tienen un balón en la punta que se va inflando y desinflando mediante un equipo manométrico (que controla la presión de los balones), para permitir el avance y también plegando sobre si mismo el intestino delgado que es muy largo (unos 6 metros), única forma de explorarlo totalmente con endoscopia flexible. En la mayoría de los casos se consigue explorar del 70 al 90% del intestino delgado. El enteroscopio es una goma flexible de unos dos metros de largo que tiene en su punta un canal u orificio por donde van a salir instrumentos muy finos que nosotros introducimos desde fuera, tales como pinzas de biopsia (para tomar muestras y analizarlas), asas de polipsectomía (para quitar pólipos, seccionándolos), coagulación (para “quemar”

lesiones vasculares que puedan sangrar), y diversos material accesorio con la doble finalidad del objetivo de esta prueba que es diagnóstico y terapéutico. Por lo tanto, esta exploración permite diagnosticar enfermedades o lesiones mediante la visión directa y la toma de biopsias de las mismas, pero también posibilita el tratamiento endoscópico, en muchos casos que se necesite.

La EDB no se hace “de primeras” sino que su médico ha investigado inicialmente con otras endoscopias como gastroscopia, colonoscopia y al no encontrar lesiones en los órganos correspondientes, ha pensado que la lesión estaría “en medio” (en el intestino delgado). Muchas veces se habrá hecho antes de la EDB una cápsula endoscópica que habrá visto lesiones pero se le ha recomendado la EDB para biopsiarlas y conocerlas mejor o para tratarlas porque por ejemplo hayan sangrado. Es una exploración endoscópica larga, de unos 60 a 120 minutos, por lo que se hace con sedación profunda incluso con anestesia general en algunos casos, estará controlado en sus funciones vitales durante toda la prueba. Debe tener en cuenta que ese día (y quizás el siguiente) no podrá trabajar; es conveniente que venga acompañado para hacer la EDB. No podrá conducir ni hacer gestiones importantes después.

Indicaciones. Las indicaciones principales de esta técnica son:

- La hemorragia digestiva de origen desconocido, es decir, aquella que no se conoce su causa a pesar de haberla estudiado con endoscopias convencionales,
- la sospecha de enfermedades inflamatorias (como la enfermedad de Crohn) ,
- los pólipos, poliposis familiares (como Peutz-Jeghers)
- estudio de la diarrea crónica o malabsorción inexplicadas, y
- los hallazgos de alguna zona irregular en intestino delgado vistos en otras pruebas de imagen.

Contraindicaciones. Las contraindicaciones son las de la endoscopia en general con sedación profunda, y se dividen básicamente en dos grupos:

- Absolutas (perforación, patología grave con riesgo vital, cirugía abdominal reciente, peritonitis aguda, etc)
- Relativas (aneurisma toraco abdominal, embarazo, infarto reciente, enfermedad inflamatoria con actividad severa, isquemia inestinal avanzada, etc)

Preparación y colaboración del paciente.

Habitualmente es necesario el ingreso hospitalario unas 24-48 horas antes de la realización de una EDB, aunque en casos especiales puede hacerse la prueba ambulatoriamente. Previamente se debe realizar un estudio preanestésico y ser valorado por un anestesista en caso de que este profesional vaya a formar parte del equipo en su realización. Para la EDB por la boca (vía oral) deberá estar sólo en ayunas (si Vd. es diabético dígaselo a su médico) y para la del ano, le darán una preparación (purgante) para quitar las heces para que el enteroscopio pueda pasar bien el colon para llegar al intestino delgado.

Anteriormente a la prueba debe informarse bien de todo el procedimiento y advertir a sus médicos de los siguientes puntos, por si fuera preciso:

1. Aportar medicación habitual, especialmente anticoagulantes o antiagregantes (sintróm, aspirina).
2. Informar sobre posibles alergias medicamentosas o a contrastes radiológicos.
3. Informar sobre posibles enfermedades crónicas que padezca, así como si lleva marcapasos o prótesis cardiaca implantada.

Vd. puede colaborar durante la prueba, quitando antes de realizarla todo lo metálico que lleve (excepto prótesis que no se puedan retirar), no pintándose las uñas, retirando las prótesis dentales, y aportando la medicación “nueva” que se le haya recetado recientemente. Son especialmente importantes los antihipertensivos (los deberá tomar incluso el día de la prueba) y los medicamentos anticoagulantes.

Después de la prueba estará en ayunas hasta que se recupere de la anestesia que se le haya puesto, que es variable (en caso de haber anestesista, hablará con Vd. antes de la prueba).

Riesgos.

Las complicaciones de la EDB son sólo algo superiores que las de la endoscopia habitual explicada en la información de “gastroscopia” y “colonoscopia”, ya hay estudios con muchos pacientes en varios Hospitales Europeos, en que normalmente son inferiores al 5%. Las complicaciones más habituales son:

- Hemorragias: sobre todo después de quitar grandes pólipos o por lesiones que ya estuvieran sangrando y no cesen con el tratamiento endoscópico.

- Perforación: se estima menos del 1%, orificio en la pared del intestino, sobre todo tras realización de terapéutica endoscópica como dilataciones de estenosis, polipectomías, o por coagulación de lesiones sangrantes. Más raramente también se podrían dar tras una enteroscopia diagnóstica debido a adherencias del intestino delgado por cirugía abdominal previa.
- La pancreatitis aparece en menos del 5% y no se sabe exactamente por qué.
- Íleo paralítico: Después de la prueba, el intestino se puede quedar sin movimiento aunque es raro; generalmente tras unas horas o pocos días, suele ceder con tratamiento médico.

Suelen manejarse (sobre todo la hemorragia) por la misma endoscopia pero algunas veces habrá que operar con la cirugía tradicional abriendo el abdomen. Tenga en cuenta que en todo caso, las maniobras que se hacen por endoscopia terapéutica son cirugía pero hecha por un enteroscopio y que como tal cirugía puede haber complicaciones “quirúrgicas”. Hay pacientes que pueden tener un riesgo especial añadido (por ejemplo si hay muchos pólipos o grandes lesiones sangrantes). La misma anestesia tiene un riesgo según su profundidad y el hecho de retirar anticoagulantes si los tomaba también (se sopesará riesgo frente a beneficio de quitarlos antes de la EDB). En algunos casos puede recibir radiaciones (RX) que se usan para controlar el enteroscopio, pero la dosis es menor a las pruebas radiológicas habituales.

Otros riesgos como infecciones son mínimos. Según la legislación no podrá donar sangre en un año después de las endoscopias. Si estando en casa después de la prueba Vd. ve algún signo de alarma como sangre en las heces o dolor abdominal importante o fiebre etc. debe acudir a Urgencias del Hospital donde se le practicó, aporte el informe médico de la EDB.

NOTA: "Esta información está dirigida a complementar, no a reemplazar, la relación que existe entre un paciente o visitante y su médico".