

Biopsia intestinal asistida por laparoscopia como método diagnóstico en una paciente con enteritis eosinofílica

Drs. Hector Cantele*, Salvador Navarrete*, Jose Leyba**, Cono Gumina***, Adriana Gamboa****

Clínica Santa Sofía, Caracas, Venezuela

RESUMEN

El objetivo del siguiente trabajo es presentar una técnica laparoscópica para la biopsia de intestino delgado, la cual permitió realizar un diagnóstico específico (enteritis eosinofílica) en una paciente con dolor abdominal de etiología incierta.

Se describe el caso de una paciente de 23 años con cuadro clínico de dolor abdominal y estudios radiológicos no concluyentes para el diagnóstico. Bajo anestesia general se realiza laparoscopia diagnóstica y biopsia yeyunal de espesor total mediante una técnica asistida, con enterorrafia extracorpórea en dos planos.

Se concluye que la laparoscopia puede ser un método valioso en el diagnóstico de los pacientes con patologías intestinales inflamatorias, ya que permite realizar biopsias dirigidas mediante técnicas sencillas con mínima morbilidad.

Palabras clave: Enteritis eosinofílica. Laparoscopia. Biopsia intestinal.

SUMMARY

The aim of this study is to present a laparoscopic technique for small bowel biopsy which permitted an specific diagnosis (eosinophilic enteritis) in a female patient with abdominal pain of uncertain etiology.

A description of a single case about a 23 years old female patient with clinical feature of abdominal pain and inconclusive radiographics findings is done. Under general anesthesia a diagnostic laparoscopy and a full-thickness yeyunal biopsy by an asisted technique was practiced, with extracorporeal enterorrhaphy at two layers.

We concluded that laparoscopy could be a valuable diagnostic method for inflammatory bowel diseases because specific biopsy can be done with technical simplicity and minimal morbidity.

Key words: Eosinophilic enteritis. Laparoscopy. Intestinal biopsy.

INTRODUCCIÓN

En pacientes con alteraciones inflamatorias del tracto digestivo, tanto la endoscopia digestiva superior como la colonoscopia permiten la toma de biopsias bajo visión directa de las áreas macroscópicamente enfermas, lo cual representa en muchos casos el método más expedito para establecer un diagnóstico específico.

Sin embargo, en algunos pacientes la enfermedad puede localizarse en un segmento poco accesible a la endoscopia digestiva (yeyuno-ileon), o la misma está confinada a las capas muscular y serosa del intestino por lo que las biopsias obtenidas mediante este método son insuficientes en gran parte de los casos (1).

El objetivo de este trabajo es presentar una técnica laparoscópica para la biopsia de intestino delgado,

*Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

**Servicio de Cirugía III. Hospital Vargas de Caracas.

***Hospital Oncológico Padre Machado. Caracas. Venezuela.

****Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario de Caracas.

la cual permitió establecer el diagnóstico definitivo de una paciente con clínica de dolor abdominal y estudios digestivos endoscópicos y radiológicos no concluyentes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Paciente femenina de 23 años, sin antecedentes patológicos, quien consulta por presentar dolor abdominal de una semana de evolución, localizado en epigastrio e irradiado al resto del abdomen, de moderada a fuerte intensidad, tipo cólico, acompañado de náuseas y vómitos alimentarios en varias oportunidades.

Al examen físico buenas condiciones generales, signos vitales, cabeza, cuello y esfera cardiopulmonar dentro de la normalidad. A nivel abdominal dolor a la palpación en epigastrio sin irritación peritoneal, no visceromegalias y ruidos hidroaéreos normales. Resto del examen sin alteraciones.

Se practican los siguientes exámenes paraclínicos en orden cronológico:

Glóbulos blancos: 9 400/mm³ (52 % segmentados, 20 % eosinófilos, 24 % linfocitos, 4 % monocitos).

Hemoglobina 9,30 g %, hematocrito 29,8 %, VCM 73,4 fl, HCM 22,9 pg, CHCM 31,2 g %.

Plaquetas: 227 000/mm³

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 1^a hora = 11 mm, 2^a hora = 24 mm.

Glicemia 94 mg %, BUN 6 mg %, Creatinina 0,8 mg %

Hierro sérico 20 UG % (VN 35-150 UG%)

Examen de heces seriado: trazas de hemoglobina, huevos de parásitos, larvas y quistes ausentes.

Ultrasonido abdominal sin alteraciones.

Endoscopia digestiva superior sin lesiones.

Tránsito intestinal: irregularidad en la superficie mucosa de manera continua en el yeyuno-ileon, no hay segmentos de estenosis ni imágenes sugestivas de lesión de ocupación de espacio. Tiempo de tránsito normal.

Tomografía axial computarizada de abdomen: irregularidad y engrosamiento de asas intestinales delgadas, resto normal.

En vista de la persistencia de los síntomas y ante los hallazgos en el tránsito intestinal y tomografía se decide realizar biopsia intestinal por laparoscopia.

Descripción de la técnica

Bajo anestesia general se coloca sonda urinaria de Nelaton y mediante un abordaje de Hasson (2) a nivel umbilical, se insufla el abdomen con CO₂ para crear el neumoperitoneo.

Se realiza inspección de toda la cavidad abdomino-pélvica mediante un laparoscopia de cero grados con los siguientes hallazgos:

- Ascitis cetrina libre 100 cm³
- Asas delgadas yeyunales eritematosas, de superficie irregular dada por la presencia de múltiples nódulos que involucran la capa serosa del yeyuno (Figura 1).

Se procede a la introducción bajo visión directa de un 2^{do} y 3^{er} trocar de 10 mm a 2 cm por dentro de ambas espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS), a través de los cuales se explora la cavidad abdominal movilizand las vísceras mediante pinzas endoscópicas, revisando todo el intestino delgado en sentido proximal desde la válvula ileocecal, así como el resto de los órganos abdomino-pélvicos, apreciando adenopatía mesentérica yeyunal única, la cual es extirpada.

Una vez que se descartan otras lesiones, se coloca el laparoscopia en el trocar situado en la fosa ilíaca izquierda y con una pinza endoscópica de Babcock, a través del trocar umbilical, se toma un segmento de intestino delgado con alteraciones morfológicas evidentes y se exterioriza mediante la extracción del instrumento, de manera de poder manipular el intestino en el exterior (Figura 2).



Figura 1. Asas yeyunales eritematosas y de superficie nodular.



Figura 2. Extereorización de intestino mediante la extracción del trocar a nivel umbilical.

Se realiza biopsia yeyunal de espesor total en el segmento intestinal exteriorizado, seguida de enterorrafia a dos planos, luego de lo cual se introduce el asa yeyunal en la cavidad abdominal.

Adicionalmente se toma muestra del líquido ascítico para su estudio mediante aspiración con aguja laparoscópica introducida a través del trocar ubicado en la fosa ilíaca derecha.

RESULTADOS

La paciente evoluciona sin morbilidad asociada al método, tolerando la vía oral al 4° día de posoperatorio y egresando a la semana del mismo.

El estudio de anatomía patológica informó:

- Ganglio linfático: hiperplasia linforeticular reactiva.
- Intestino delgado (yeyuno): edema, hiperemia e infiltración inflamatoria por células mononucleares y polimorfonucleares eosinófilos desde la lámina propia hasta la serosa, compatible con enteritis eosinofílica.
- Líquido peritoneal: células mesoteliales típicas y células inflamatorias con abundantes eosinófilos.

Se indicó terapia esteroidea con remisión completa de los síntomas.

DISCUSIÓN

La toma de biopsias de espesor total en el intestino delgado representa en algunos casos el único modo de establecer el diagnóstico definitivo de aquellos pacientes con alteraciones inflamatorias intestinales que se limitan anatómicamente a dicho segmento del tubo digestivo (1).

Con frecuencia los estudios endoscópicos digestivos para evaluar y tomar muestras histológicas del tracto digestivo distal a la tercera porción duodenal y proximal a la válvula ileocecal no están disponibles, y habitualmente en estos pacientes, la mayoría de los demás estudios paraclínicos (examen de heces, tránsito intestinal, tomografía axial computarizada) aunque útiles en la orientación de los casos, son inespecíficos, ya que es indispensable el estudio histopatológico para establecer un diagnóstico definitivo (3-6).

En estos casos con frecuencia se plantean como posibles diagnósticos a la enfermedad de Crohn y el linfoma intestinal (1,7) y es aquí donde consideramos que la laparoscopia puede constituir un método sumamente valioso para poder establecer el diagnóstico.

El cuadro clínico de la gastroenteritis eosinofílica es usualmente intermitente y se caracteriza por síntomas inespecíficos como dolor cólico abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso (8),

En el 50 % de los casos se encuentran antecedentes personales y/o familiares de condiciones alérgicas y en 80 % de los pacientes se detecta eosinofilia en sangre periférica, sin embargo, el diagnóstico se establece únicamente mediante el estudio histopatológico del segmento intestinal enfermo y el mismo permite instaurar una terapia específica con buena respuesta en la mayoría de los pacientes (1).

La laparoscopia permite realizar una biopsia intestinal de espesor total, dirigida al segmento que macroscópicamente presente alteraciones evidentes. Esto se puede realizar completamente por técnicas laparoscópicas (9) o como en este caso, mediante un procedimiento asistido.

Creemos que no es necesario la realización de "minilaparotomías" como lo ha reportado Rodríguez (10), y por otra parte, la sencillez técnica del procedimiento asistido, el cual además evita el riesgo de contaminación de la cavidad abdominal, hacen preferible en nuestra opinión este abordaje al método laparoscópico completamente intracorpóreo.

Por otro lado la enteritis eosinofílica puede presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal mecánica (11) y los procedimientos laparoscópicos en pacientes con dicho cuadro clínico son efectivos en gran parte de los casos, tal y como lo demuestran diferentes reportes relacionados al abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal (12) y específicamente al tratamiento quirúrgico por laparoscopia de la enfermedad de Crohn (13,14), cuyas manifestaciones clínicas y radiológicas pueden ser muy similares a las que presentan los pacientes con gastroenteritis eosinofílica.

Podemos concluir que la laparoscopia puede ser un método valioso en aquellos pacientes con patología intestinal que requiera un estudio histopatológico del órgano para poder establecer el diagnóstico, y la técnica "asistida" para la biopsia intestinal, que hemos descrito en este trabajo, representa una opción segura y sencilla en el abordaje de estos casos.

REFERENCIAS

1. Talley NJ. Eosinophilic gastroenteritis. En: Feldman M, Scharachmidt B, Sleisenger M, editor. Gastrointestinal and liver disease. 6ª edición. New York: Saunders Co.; 1998.p.1679-1688.
2. Hasson H. A modified instrument and method for laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1971;110:886-887.
3. Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF. Eosinophilic gastroenteritis: A clinicopathological study of patients with disease of the mucosae, muscular layer, and subserosal tissues. *Gut* 1990;31(1):54-58.
4. MacCarty RL, Talley NJ. Barium studies in diffuse eosinophilic gastroenteritis. *Gastrointest Radiol* 1990;15(3):183-187.
5. Stallmeyer MJ, Chew FS. Eosinophilic gastroenteritis. *Am J Roentgenol* 1993;161(2):296-297.
6. Van Hoe L, Vanghillewe K, Baert AL. CT findings in nonmucosal eosinophilic gastroenteritis. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18(5):818-820.
7. Gjersoe P, Rasmussen SN, Hansen BF. Eosinophilic enteritis. *Ugeskr Laeger* 2000;162(19):2756-2757.
8. Klein NC, Hargrove R, Sleisenger MH. Eosinophilic gastroenteritis. *Medicine* 1970;49:299-302.
9. Edelman DS. Eosinophilic enteritis. A case for diagnostic laparoscopy. *Surg Endosc* 1998;12(7):987-989.
10. Rodriguez HE, Djohan RS, Cahill WJ, Connolly MM, Podbielski FJ. Laparoendoscopic diagnosis of eosinophilic enteritis. *J Soc Laparoendosc Surg* 1998;2(2):181-184.
11. Yamada S, Chakrabandhu T, Lertprasertsuke N. Eosinophilic enteritis caused chronic partial small intestinal obstruction: A case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2000;83(8):953-958.
12. Cantele H, Navarrete S, Leyba J, Vittori L. Manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Endosc Quir* 2000;4(5):87-89.
13. Singh K, Prasad A, Saunders JH, Foley RJ. Laparoscopy in the diagnosis and management of Crohn's disease. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1998;8(1):39-46.
14. Marchesa P, Milsom JW. Laparoscopic techniques for inflammatory bowel disease. *Semin Laparosc Surg* 1995;2(4):246-251.