

ENTEROSCOPIA DE BALÓN

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

¿QUÉ ES UNA EDB?

Es una técnica endoscópica que sirve para diagnosticar y tratar enfermedades del intestino delgado. Este órgano (duodeno, yeyuno e íleon) está “lejos” de la boca o del ano, a través de los que se introduce un endoscopio especial (enteroscopio) largo y fino, dotado de un sistema de avance especial. 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 sí 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, de unos dos metros de largo, tiene un canal u orificio por donde van a salir instrumentos muy finos que nosotros introducimos, tales como pinzas de biopsia (para tomar muestras y analizarlas), asas de polipectomía (para quitar pólipos), coagulación (para “quemar” lesiones vasculares que puedan sangrar), y otro material accesorio.

La EDB no se hace “de primeras” sino que su médico habrá indicado inicialmente otras endoscopias como gastroscopia o 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 larga, de unos 60 a 120 minutos, por lo que se hace con sedación e incluso con anestesia general, estando 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 de la 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 y las poliposis familiares (como el síndrome de Peutz-Jeghers).
- Estudio de la diarrea crónica o malabsorción inexplicadas.
- 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, etc.).
- Relativas (aneurisma toracoabdominal, embarazo, infarto de miocardio reciente, enfermedad inflamatoria con actividad severa, isquemia intestinal avanzada, etc.).

PREPARACIÓN Y COLABORACIÓN DEL PACIENTE

Suele ser necesario el ingreso unas 24-48 horas antes, aunque en casos especiales puede hacerse la prueba ambulatoriamente. Se debe hacer un estudio preanestésico, que será valorado acaso por un anestesista. 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 enteroscopia 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 la medicación habitual, especialmente anticoagulantes o antiagregantes (Sintrom, 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, quitándose 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 o antiagregantes, que deberán suspenderse de acuerdo con su médico.

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.

Normalmente son inferiores al 5%. Las más habituales son:

- Hemorragias: sobre todo después de quitar grandes pólipos o por lesiones que ya estuvieran sangrando y no cesasen con el tratamiento endoscópico.
- Perforación de la pared del intestino: se estima en menos del 1%, 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. Tenga en cuenta que, en todo caso, las maniobras que se hacen por endoscopia terapéutica son al fin y al cabo cirugía, pero hecha por un enteroscopia y que como tal cirugía puede haber complicaciones “quirúrgicas”. En algunos casos

pueden recibir radiaciones (Rx), que se usan para controlar el enteroscopia, pero a dosis menor que en 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 tiene dolor abdominal importante o fiebre, debe acudir a urgencias del hospital donde se le practicó la EDB, aportando el informe.

E. Pérez-Cuadrado y P. Esteban Delgado. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2008; 100: 57.