

Emergencia crítica: shock hipovolémico secundario a enteropatía por AINE

Carla Días^{1*}, Jorge Landaeta², Gumina Cono³, Mario Marrufo³ y Maxvi Marcano³

¹Departamento de Endoscopia, Clínica Santa Paula; ²Departamento de Endoscopia, Policlínica Metropolitana; ³Departamento de Endoscopia, Clínica Santa Sofía. Caracas, Venezuela

Resumen

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se prescriben ampliamente para el tratamiento del dolor o la inflamación en una variedad de enfermedades crónicas. Los efectos nocivos de los AINE en el intestino delgado no se podían evaluar con precisión hasta el advenimiento de la cápsula endoscópica y la enteroscopia asistida por dispositivos. En este reporte, nosotros describimos un caso de hemorragia evidente de intestino medio que inició con shock hipovolémico secundario a enteropatía por AINE en el cual se llevó a cabo un plan diagnóstico de endoscopia superior/inferior, cápsula endoscópica y enteroscopia asistida por dispositivos, con evolución satisfactoria.

Palabras clave: Enteropatía. AINE. Hemorragia intestino medio. Cápsula endoscópica. Enteroscopia asistida por dispositivos.

Critical emergency: hypovolemic shock secondary to NSAID enteropathy

Abstract

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are widely prescribed for treatment of pain or inflammation in a variety of chronic conditions. The injurious effects of NSAIDs on the small intestine were not fully appreciated until the widespread use of capsule endoscopy and device assisted enteroscopy. In this report, we describe a case of small bowel overt bleeding who presented with hypovolemic shock secondary to enteropathy due to NSAIDs in which a diagnostic plan of upper/lower endoscopy, capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy was carried out, with satisfactory evolution.

Keywords: Enteropathy. NSAIDs. Small bowel bleeding. Capsule endoscopy. Device assisted enteroscopy.

*Correspondencia:

Carla Días

E-mail: conferenciasdracarla@gmail.com

Fecha de recepción: 16-01-2025

Fecha de aceptación: 17-04-2025

DOI: 10.24875/END.25000006

Disponible en internet: 16-07-2025

Endoscopia. 2025;37(2):57-62

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2025. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son drogas asociadas a eventos gastrointestinales significativos con consecuencias tanto económicas como clínicas^{1,2}.

Las úlceras gástricas y duodenales son las más comúnmente estudiadas, sin embargo, se ha visto que estos medicamentos pueden producir enteropatía en otras zonas del tracto digestivo (yeyuno e íleon)³. Lang et al., en 1988, fueron los primeros en utilizar el término de enfermedad por diafragma para describir los hallazgos patológicos no específicos de enfermedad del intestino delgado asociados al uso de AINE⁴.

Con el advenimiento de los estudios endoscópicos del intestino delgado, como la cápsula endoscópica⁵ y la enteroscopia asistida por dispositivos⁶ se ha demostrado que los AINE dañan con frecuencia el intestino delgado^{7,8}, con una tasa de prevalencia de alrededor del 50% en usuarios crónicos. Una proporción significativa de los pacientes con enteropatía inducida por AINE son asintomáticos, pero algunos pacientes desarrollan úlceras sintomáticas o complicadas que necesitan intervención terapéutica⁹.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 49 años de edad, procedente de una región en las afueras de la capital, deportista, sin antecedentes patológicos, consumidor de AINE. Ingresa de emergencia con cuadro agudo caracterizado por hematoquecia múltiples episodios, con descompensación hemodinámica que progresó a *shock* hipovolémico ameritando transfusión de hemoderivados para estabilizar volemia y es referido en aerambulancia a la capital. Ingresa a nuestro centro hemodinámicamente estable, por lo que se procede a la realización de estudios endoscópicos superior (Fig. 1) e inferior (Fig. 2), sin evidenciarse alteraciones. Durante la videocolonoscopia se intuba la válvula ileocecal y se progresa en íleon hasta 40 cm en profundidad sin evidencia de hallazgos patológicos, solo presencia de restos hemáticos en íleon y todo el trayecto colónico, por lo que se decide realización de videocápsula endoscópica MiroCam® SB (Fig. 3). En esta se observa: a los 260.86 min del tránsito intestinal (TI) (68.3% del TI) se evidencia sangrado activo, y desde los 260.86 min (68.3% del TI) hasta los 265.29 min (69.5% del TI) se evidencian abundantes restos hemáticos rojos con coágulos sugestivos de sangrado activo intraluminal intestinal. En vista de los hallazgos se

concluye la cápsula endoscópica como hemorragia en intestino medio evidente en íleon proximal activo. Se procede a realizar enteroscopia asistida por dispositivos con enteroscopia doble balón, Fujinon®, abordaje combinado. Se inicia enteroscopia doble balón Fujinon® vía anterógrada (oral) (Fig. 4): se avanza hasta íleon proximal, aproximadamente 560 cm en profundidad (14 avances efectivos). A nivel de 1/3 medio de yeyuno se evidencian dos lesiones planas, de aproximadamente 10 mm, amarillentas, redondeadas, con bordes definidos. Se concluye el procedimiento a la hora y 30 min de intubación profunda del intestino delgado. Se realiza tatuaje con tinta china en el sitio de máxima inserción en profundidad. Se concluye: 1) xantomas yeyunales, y 2) tatuaje intestino delgado. A las 12 h se realiza enteroscopia doble balón Fujinon® vía retrógrada (anal) (Fig. 5): se avanza hasta íleon proximal, aproximadamente 320 cm en profundidad (8 avances efectivos). Se evidencia gran úlcera arciforme que ocupa 3/4 de la circunferencia de la luz intestinal, bordes definidos sobre área mucosal fibrótica con luz intestinal dilatada en sentido proximal. Se toman biopsias. Se concluye el procedimiento a las 2 h de intubación profunda del intestino delgado. Se realiza tatuaje con tinta china en el sitio de máxima inserción en profundidad. Se concluye: 1) enfermedad diafragmática secundaria a enteropatía por AINE, y 2) tatuaje intestino delgado

Los resultados histológicos reportan (Fig. 6) hallazgos microscópicos de mucosa intestinal focalmente erosionada, vellosidades con altura y amplitud usual, distorsión leve de criptas, expansión de la lámina propia por edema y leve infiltrado inflamatorio mixto, con predominio de eosinófilos, hipertrofia de la *muscularis mucosae*, leve proliferación capilar y fragmento aislado de tejido paucicelular, que pudiera corresponder a una membrana neoformada. Conclusión: hallazgos histológicos compatibles con enteropatía crónica asociada a AINE, con erosión focal, cambios reparativos y eosinofilia; no hay evidencia de neoplasia, no se observan vasos sanguíneos hipertróficos.

El paciente fue tratado de forma conservadora, con evolución satisfactoria. Se egresa con tratamiento médico: esomeprazol 40 mg diario, rifaximina 550 mg cada 8 h por 10 días. Colestiramina 4 g cada 12 h por 10 días y recomendación estricta de evitar el uso de AINE.

Discusión

La enteropatía de intestino delgado por AINE es una entidad de creciente importancia que cada vez se diagnostica con más frecuencia. Su curso habitual suele ser



Figura 1. Endoscopia digestiva superior.

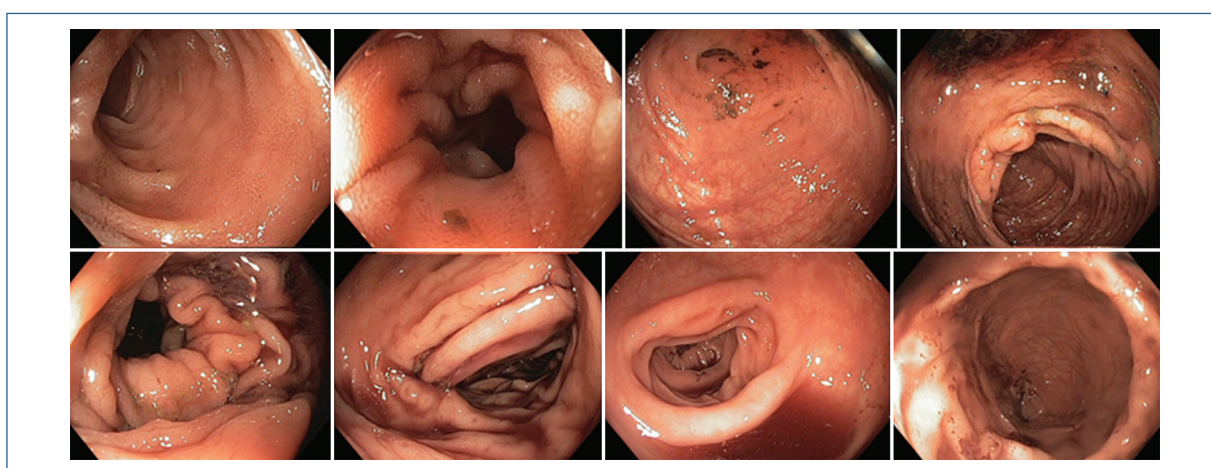


Figura 2. Endoscopia digestiva inferior.

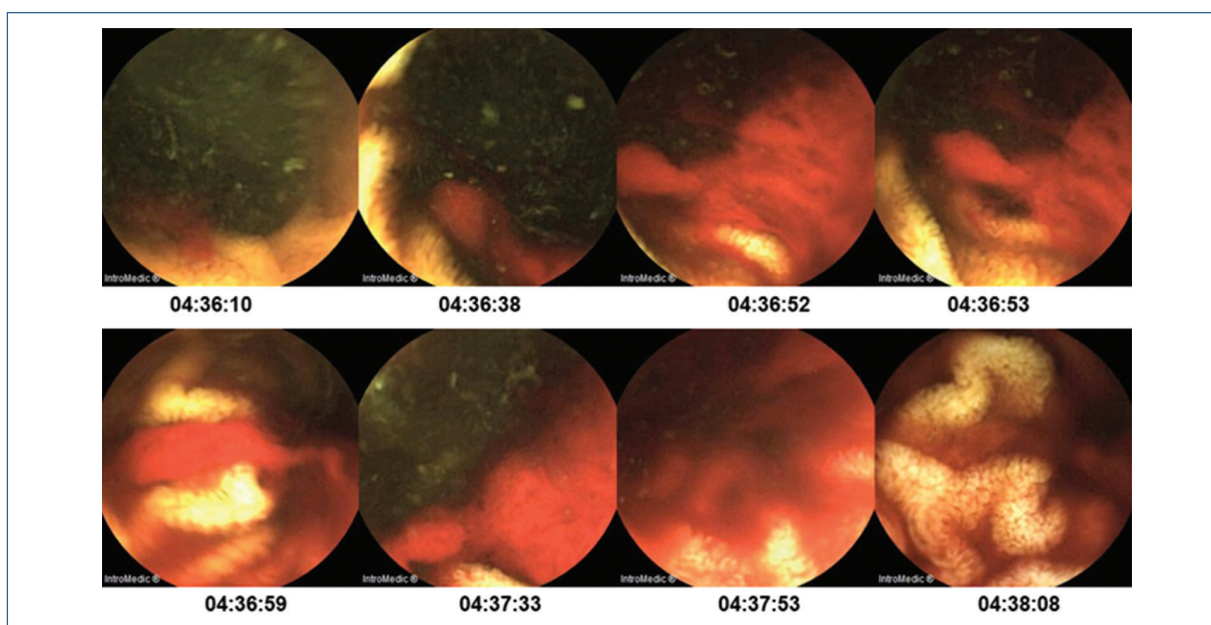


Figura 3. Cápsula endoscópica. Hemorragia intestino medio evidente en íleon proximal activo.

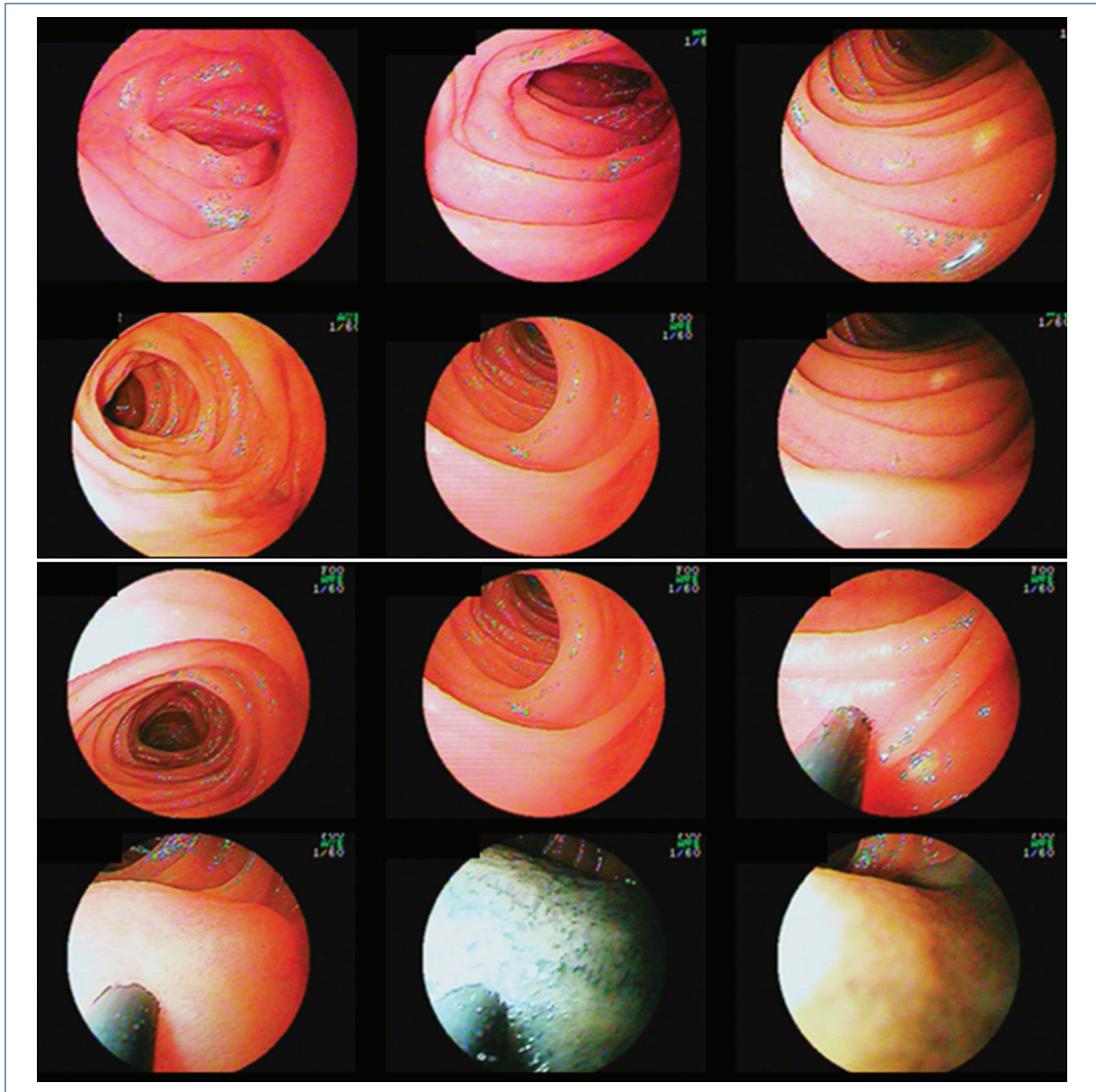


Figura 4. Enteroscopia doble balón vía retrógrada.

subagudo o crónico y presentarse de forma oculta en forma de anemia, que mejora tras la interrupción del fármaco. Se puede presentar con lesiones inespecíficas como Petequias múltiples o denudaciones, aftas, erosiones o úlceras (a menudo múltiples), pero también con hallazgos más típicos como anillos en forma de diafragma e incluso estenosis¹⁰. La cápsula endoscópica y la enteroscopia son métodos que se utilizan para el diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones de la enteropatía inducida por AINE. Permiten el estudio de la enteropatía por AINE de forma directa, segura

y no invasiva, valorando la gravedad de las lesiones mucosas. En conclusión, la videocápsula endoscópica y la enteroscopia asistida por dispositivos arrojan un poco de luz en la oscuridad de ese túnel que era la enteropatía por AINE¹¹.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencia de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

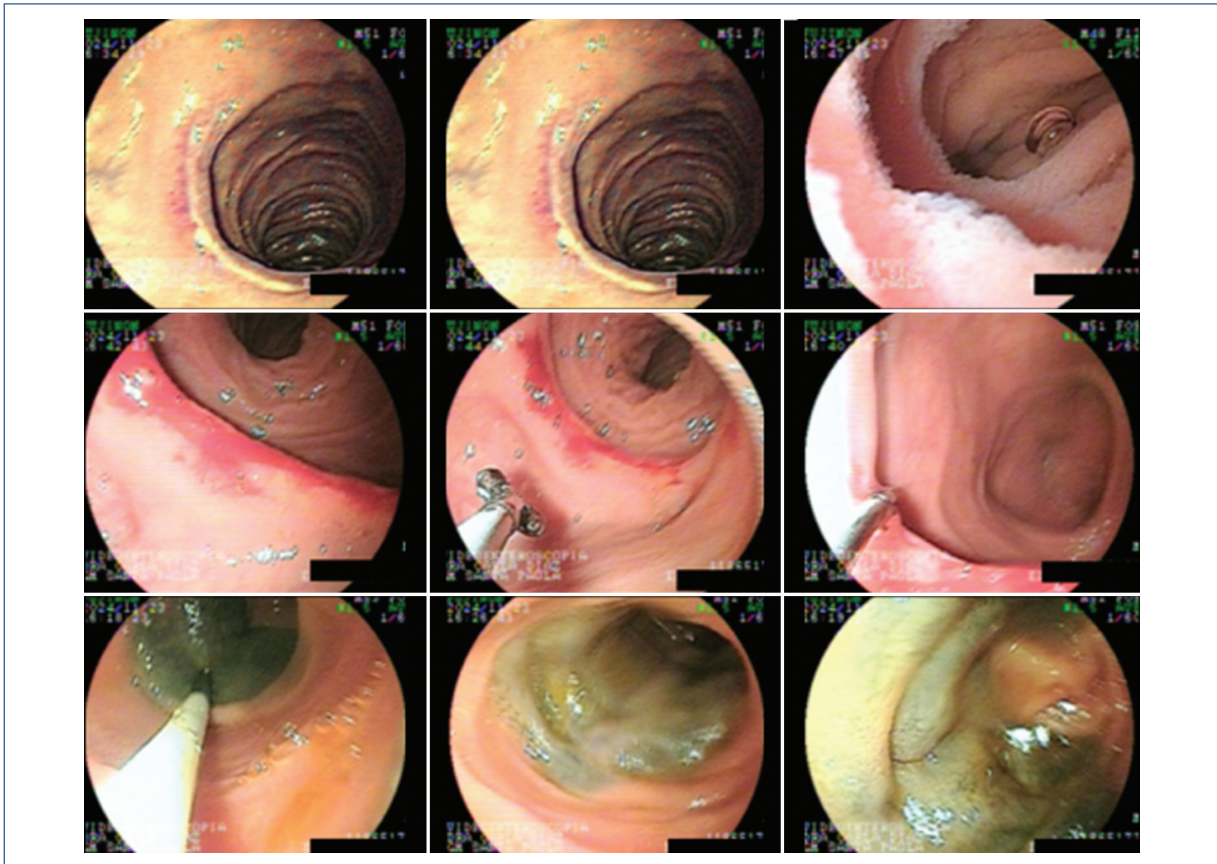


Figura 5. Enteroscopia doble balón vía retrógrada.

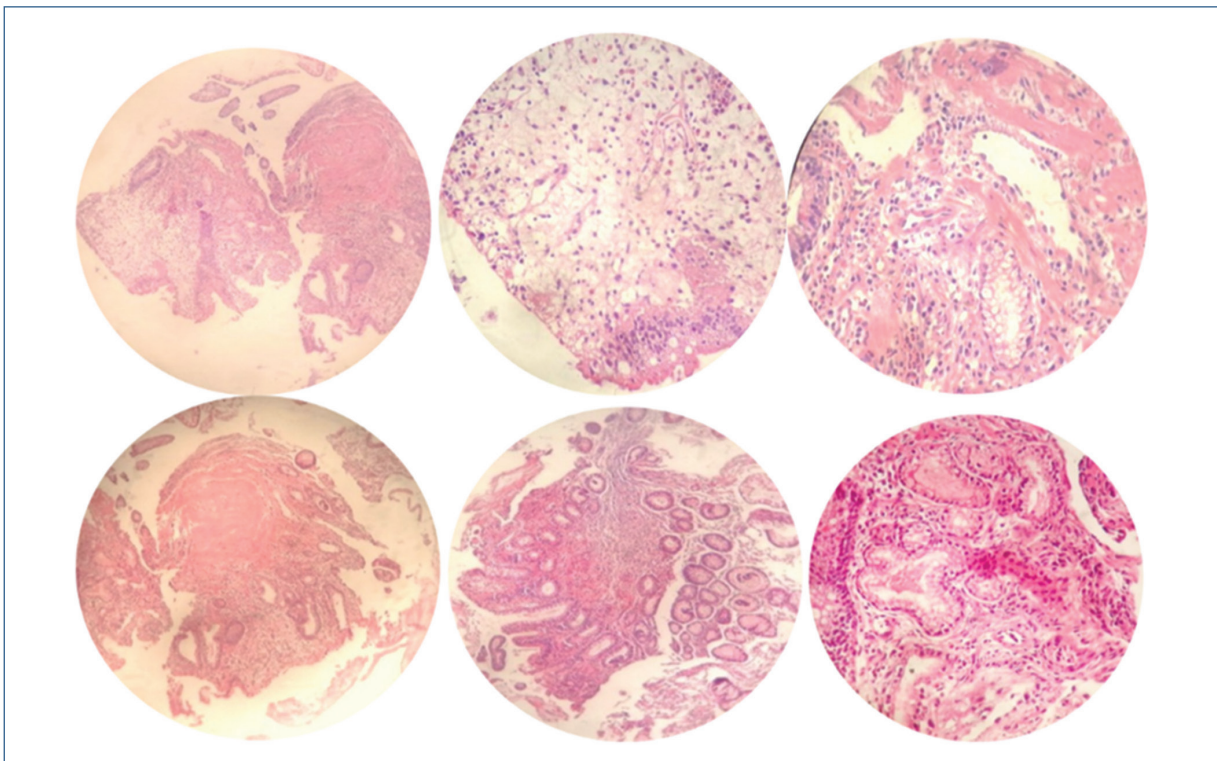


Figura 6. Histología. Biopsia de la úlcera.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Caunedo-Alvarez A, Gómez-Rodríguez BJ, Romero-Vázquez J, Argüelles-Arias F, Romero-Castro R, García-Montes JM, et al. Macroscopic small bowel mucosal injury caused by chronic nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) use as assessed by capsule endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102(2):80-5.
2. Pilgrim S, Velchuru V, Waters G, Tsiamis A, Lal R. Diaphragm disease and small bowel enteropathy due to nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a surgical perspective. *Colorectal Dis.* 2011;13(4):463-6.
3. Kelly ME, McMahon LE, Jaroszewski DE, Yousfi MM, De Petris G, Swain JM. Small-bowel diaphragm disease: seven surgical cases. *Arch Surg.* 2005;140(12):1162-6.
4. Zaga MI, Mayorga VLD. Obstrucción intestinal secundaria a enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINES). *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2011;9(1):33-7.
5. Iddan G, Meron G, Glukhovsky A, Swain P. Wireless capsule endoscopy. *Nature.* 2000;405(6785):417.
6. Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, Miyata T, Iino S, et al. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc.* 2001;53:216-20.
7. Graham DY, Opekun AR, Willingham FF, Qureshi WA. Visible small intestinal mucosal injury in chronic NSAID users. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:55-9.
8. Sugimori S, Watanabe T, Tabuchi M, Kameda N, Machida H, Okazaki H, et al. Evaluation of small bowel injury in patients with rheumatoid arthritis by capsule endoscopy: effects of anti-rheumatoid arthritis drugs. *Digestion.* 2008;78:208-13.
9. Watanabe T, Fujiwara Y, Chan FKL. Current knowledge on non-steroidal anti-inflammatory drug-induced small-bowel damage: a comprehensive review. *J Gastroenterol.* 2020;55(5):481-95.
10. Pérez-Cuadrado-Robles E, Quesada-Vázquez N, Martínez-Andrés B, Sánchez-Melgarejo J, Rubio-Mateos JM, López-Higueras A, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs-induced small bowel enteropathy and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41(1):39-40.
11. Romero-Vasquez J, Herreras-Gutiérrez JM. Capsule endoscopy and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) induced enteropathy-a bit of light in a long, dark tunnel. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102(2):73-9.