



P-313 - NEUMATOSIS INTESTINAL, ¿URGENCIA QUIRÚRGICA?

Ercoleca Tejada, Saioa; Plata Illescas, Cristina; Zambudio Carroll, Natalia; Notario Fernández, Pilar; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: La neumatosis intestinal (NI) es la presencia de gas en la pared intestinal, con una prevalencia del 0,03% e incidencia 3/10.000. Puede ser masiva o localizada, submucosa o subserosa, de etiología tanto benigna como comprometer la vida del paciente. Constituye un signo radiológico que se aprecia con mayor sensibilidad en la tomografía computarizada. Las causas son múltiples, y entre ellas, la principal a descartar es la isquemia mesentérica, aunque en gran parte de los casos es un hallazgo inespecífico.

Caso clínico: Mujer de 77 años con antecedentes personales médicos de HTA, DM II, dislipemia y anemia microcítica normocroma de larga data. Como antecedente quirúrgico destaca laparotomía urgente en 2019 por hernia interna sin necesidad de resección intestinal. Acude a urgencias por dolor abdominal generalizado de aparición progresiva junto con estreñimiento de 24h de evolución, sin otra clínica acompañante. A la exploración, abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación profunda de forma generalizada sin peritonismo. Analítica sin alteraciones reseñables. Se realiza TC abdominal urgente en el que destacan los siguientes hallazgos: neumoperitoneo en cuantía considerable asociado a líquido aparentemente fecaloideo y engrosamiento peritoneal con hipercaptación de contraste IV sugerentes de perforación con peritonitis de los cuatro cuadrantes. Llama la atención la NI a nivel de colon descendente y en asas de delgado pudiéndose localizar la perforación en alguna de ellas sin poder precisarlo. No se observan signos que sugieran isquemia intestinal. Dada la clínica de la paciente y los resultados de las pruebas complementarias (PPCC), se decidió laparotomía exploradora urgente evidenciando ausencia de líquido libre, neumatosis de intestino delgado en toda su longitud así como de colon descendente, además de cambio de calibre a nivel de íleon proximal ocasionado por adherencia a colon derecho. Se liberó la adherencia y se revisó todo el paquete intestinal sin encontrar solución de continuidad ni signos de isquemia. La paciente evolucionó de forma favorable siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio.



Discusión: El hallazgo de NI en las pruebas complementarias es infrecuente y su mecanismo fisiopatológico es aún controvertido. Existen varias teorías que lo explican. Por un lado, mecánica, a favor del aumento de presión intraluminal por causa suboclusiva/oclusiva intestinal. Por otro, bacteriana, por microorganismos fermentadores productores de gas. Y, por último, pulmonar, en pacientes con patología respiratoria. A pesar de ello, en la mayoría de los casos no está relacionada con una causa concreta. De todas las posibles etiologías, la que supone mayor riesgo vital es la isquemia mesentérica, a la que se asocia con cierta frecuencia. La prueba radiológica más sensible para su detección es la TC, aunque en algunas ocasiones se puede detectar en la radiología convencional. La presencia de neumoperitoneo podría explicarse por la rotura de una cisterna intestinal sin necesidad de que exista perforación de víscera hueca. El manejo terapéutico de estos pacientes va a depender de la clínica y las pruebas complementarias. Así, podrá ir desde tratamiento conservador a necesidad de intervención quirúrgica urgente.