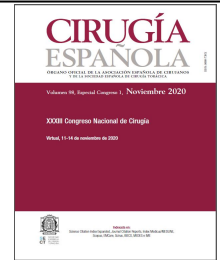




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-606 - GAS PORTAL Y PROCESO INTRAABDOMINAL ¿ES IMPERATIVA LA CIRUGÍA?

Díaz Pérez, David; Gutiérrez Samaniego, María; Colao García, Laura; Barriga Sánchez, Raquel; Esteban Agustí, Enrique; Hernández Bartolomé, Miguel Ángel; García Llorente, César; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Resumen

Introducción: El gas en el sistema venoso portal (GSVP), trombosis infecciosa portal o pyleflebitis es una entidad asociada históricamente a elevada mortalidad. El avance diagnóstico radiológico ha incrementado la sensibilidad para su detección y ha permitido encontrar un amplio abanico de enfermedades asociadas, de diferente importancia clínica y pronóstico, evitando laparotomías innecesarias. Se presenta a una paciente diagnosticada de GSVP concomitante con proceso agudo intraabdominal y su manejo conservador. Revisión de caso clínico y de la literatura.

Caso clínico: Mujer, 84 años, HTA/DL, FA y diverticulosis, que acude durante el pico pandémico COVID19 por MEG, dolor hipogástrico bilateral y vómitos. En Urgencias destaca elevación de RFA (leucocitosis 30.000/PCR 37/PCT 7) y SO con leuco-bacteriuria. Con ecografía urinaria normal, ingresó en MI con sospecha de sepsis urológica y ciprofloxacino. En planta, había mejorado clínica y analíticamente pero se solicitó TAC por distensión y diarrea maloliente, con la sospecha de colitis u otra complicación. Avisaron a Cirugía al encontrar dilatación/engrosamiento yeyunal, aumento de densidad mesentérica, líquido libre, gas en ramas venosas portales intrahepáticas y engrosamiento parietal de colon descendente, con divertículos y colección de 1,5 cm adyacente. No refería dolor y la exploración era muy anodina salvo por la distensión. Dado el BEG, a pesar de la discordancia clínico-radiológica, se optó por tratamiento conservador con SNG y escalada antibiótica a piperacilina-tazobactam + metronidazol + linezolid. Evolucionó favorablemente, con resolución de los síntomas y analítica. Estuvo afebril. Se controló por TAC la mejoría antes de iniciar dieta oral. Permaneció ingresada 10 días y fue alta con Hospitalización Domiciliaria para vigilancia y antibiótico. Un control radiológico posterior manifestó la normalización de todos los hallazgos, incluido el GSVP. Tras 4 meses de seguimiento, sigue asintomática.

Discusión: El GSVP fue descrito por Wolfe y Evans en 1955 en la enterocolitis necrotizante. Desde los inicios, se asoció a catástrofe abdominal casi siempre por isquemia mesentérica, donde era mandatoria la laparotomía y la mortalidad era > 75%. La fisiopatología no está esclarecida pero parece que implica a microorganismos productores de gas y suele haber bacteriemia. Evolutivamente, con mejores diagnósticos por TAC, se comprobó que cualquier proceso intraabdominal, incluso benigno, podía subyacer. Actualmente se considera que la enfermedad primaria condiciona el pronóstico y tratamiento, dando lugar al manejo conservador manteniendo la tasa de supervivencia. En este caso, se consideró el origen en una diverticulitis microperforada. Zielke, y posteriormente Sellner, describieron en las últimas décadas la escasa frecuencia de esta entidad y sugirieron la posibilidad del manejo no-operatorio, ratificado por Nobili recientemente en sus trabajos. Chan propuso que la inmunosupresión, patologías crónicas y la reducción de la capacidad

inmune de la flora intestinal podían empeorar el cuadro, aunque faltan más estudios que lo refrenden. Sí está evidenciado que, en ausencia de gravedad y con patología primaria que lo permita, no siempre hay que operar. Esta paciente mejoró solo con ciprofloxacino, y a pesar del informe del TAC, presentaba BEG e impresionaba de dar margen al manejo conservador, que puede ser una opción viable, segura y con tasas de supervivencia adecuadas, evitando exploraciones quirúrgicas infructuosas.