



P-624 - NEUMATOSIS PORTAL; NO SIEMPRE DETERMINA UN PRONÓSTICO OMINOSO

Abellán Garay, Laura; Duque Pérez, Carlos; Bertelli Puche, Julia; Gijón Román, Cecilia; Romera Barba, Elena; Muñoz García, Javier; Perán Fernández, Cristóbal; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La neumatosis portal históricamente se ha relacionado con estadios evolucionados de isquemia intestinal, presentando una mortalidad de hasta el 75%. En los últimos años este concepto ha evolucionado reconociendo que la neumatosis portal no es por sí misma una patología, sino un signo radiológico asociado a enfermedades de diverso origen ya sea vascular, infeccioso, perforaciones de víscera hueca, traumatismos abdominales, enfermedades inflamatorias, exploraciones endoscópicas, tratamientos quimioterápicos, consumo de drogas...

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 72 años hipertenso y EPOC que se interviene de manera programada de un carcinoma epidermoide yugal mediante resección y vaciamiento cervical derecho de los niveles ganglionares I-II-III-IV. Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral. En el sexto día posoperatorio comienza con dolor abdominal brusco, náuseas y tendencia a la hipotensión. A la exploración presenta dolor abdominal leve de carácter difuso, sin defensa ni irritación peritoneal. Discreta distensión abdominal y timpanismo. Analítica con leve elevación de reactantes de fase aguda y de leucocitos. Se solicita TC abdominal que informa de neumatosis portal en ramas intrahepáticas y extensos signos de neumatosis en vasos mesentéricos centroabdominales con ausencia de realce de la pared de íleon proximal y medio, compatible con signos de isquemia intestinal. Se indica intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía exploratoria hallando asas de intestino delgado y colon sin alteración en su aspecto y calibre. Posteriormente, se realiza nuevo TC abdominal a las 48 horas observando resolución de la neumatosis portal en ramas portales intrahepáticas así como en vasos mesentéricos centroabdominales, con adecuado realce de la pared de asas de intestino delgado. El paciente presenta un íleo posquirúrgico que se resuelve con sondaje gastrointestinal y nutrición parenteral, siendo alta al octavo día tras la cirugía urgente.

Discusión: Actualmente existen dos teorías aceptadas sobre la patogénesis de la neumatosis portal, la teoría mecánica, que propone que la lesión de la mucosa intestinal asociado a la elevación de la presión intraluminal favorece el paso de gas al sistema portal, y la teoría bacteriana que plantea la infección por organismos anaerobios productores de gas que pasa al sistema portal a través de la mucosa intestinal dañada. Se ha observado que el 85% de los casos de neumatosis portal intrahepática presenta lesión de la mucosa intestinal y dilatación de asas. Clínicamente cursa con diferentes grados de dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. La prueba diagnóstica de elección es la TC, aunque la ecografía puede ser de utilidad. En cuanto al tratamiento, existen grupos que defienden el manejo conservador en aquellos casos con origen iatrogénico, síntomas leves o cuando se presenta como hallazgo casual en el estudio radiológico sin síntomas asociados, en cuyo caso la mortalidad es nula. La mayoría de los estudios coinciden en la necesidad de identificar la

patología subyacente mediante un exhaustivo diagnóstico diferencial, indicando intervención quirúrgica urgente en aquellos casos de origen crítico (isquemia o necrosis intestinal, sepsis abdominal, perforación intestinal...) o en los que el origen sea desconocido.