



P-722 - NEUMATOSIS INTESTINAL CISTOIDE. ETIOLOGÍA INUSUAL DE UNA URGENCIA ABDOMINAL

Sánchez García, Rocío; López Rubio, María; Salanova Rodríguez, Mariana; Guilarte Hernández, Henry André; Rey Fernández de Mendiola, Jon; Rodil Gallego, Marina; Valentín-Gamazo González, Isabel; Louredo Méndez, Ángel Martín

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: La neumatosis intestinal cistoide (NIC) es una condición poco frecuente caracterizada por la presencia de quistes gaseosos en la pared intestinal. Se clasifica en una forma primaria o idiopática (15%) y secundaria (85%), asociada a enfermedades inflamatorias intestinales, obstrucción, isquemia, cirugía abdominal previa y patologías respiratorias, entre otras. Afecta generalmente al intestino delgado y al colon, aunque puede involucrar otras áreas del tracto digestivo. Suele cursar de forma asintomática, aunque en algunos casos se asocia a dolor abdominal, distensión, diarrea u otros síntomas, según su causa subyacente. El diagnóstico ha aumentado con el uso extendido de la tomografía computarizada (TC). Su manejo depende de la causa y de la situación clínica del paciente, y la decisión entre tratamiento quirúrgico o conservador puede ser un reto.

Caso clínico: Varón de 81 años que acude a urgencias con dolor y distensión abdominal de 24 horas de evolución, acompañado de vómitos y estreñimiento. Antecedente de sigmoidectomía laparoscópica por neoplasia de sigma hace 16 años. En la exploración física presenta regular estado general, con taquicardia y dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal ni hernias complicadas. La analítica muestra leucocitosis (13.700/mm³), neutrofilia (87,5%) y proteína C reactiva elevada (61,9 mg/dl). Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza TC abdominal urgente, que evidencia dos cambios de calibre a nivel intestinal: uno en el ileon terminal, con marcada dilatación retrógrada; y otro en el colon descendente, asociado a un patrón de gas mural en "panal" compatible con neumatosis cistoide, además de burbujas de gas extraluminal que sugieren perforación. No existían imágenes de TC previas para comparar hallazgos. El paciente únicamente disponía de una colonoscopia realizada 4 años antes, que mostraba una mucosa colónica con aspecto granular/abullonado, sin un diagnóstico concluyente. Por tanto, dada la clínica y los hallazgos radiológicos compatibles con obstrucción intestinal, se decide realizar laparotomía exploradora urgente. Durante la cirugía se observa dilatación de asas intestinales hasta el ileon terminal, con adherencias interosas y al peritoneo en la fosa ilíaca derecha. El colon descendente, redundante y localizado anómalamente en hipocondrio derecho, estaba deslizado a través de una hernia interna secundaria a las adherencias. Este segmento de colon presentaba signos de neumatosis mural y mesentérica, aunque sin signos de isquemia ni perforación. Sin embargo, ante la duda diagnóstica y dada la redundancia del colon y el riesgo de volvulación, se decide realizar resección segmentaria con anastomosis primaria. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al séptimo día

posoperatorio sin complicaciones. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de neumatosis intestinal y extraintestinal en tejidos blandos adyacentes, así como ganglios linfáticos reactivos, sin datos de malignidad.

Discusión: La NIC es una entidad infrecuente que suele diagnosticarse de forma incidental y generalmente cursa de forma benigna, pudiendo ser el tratamiento conservador en las formas primarias asintomáticas. Sin embargo, en las formas secundarias sintomáticas, como en este caso, la intervención quirúrgica puede ser necesaria para evitar complicaciones.