

Cartas al Director

e Localizador web
Artículo 47.577

Una causa rara de neumoperitoneo espontáneo: neumatosis quística

Sr. Director:

La neumatosis quística intestinal (NQI) es una enfermedad poco común, de etiología desconocida y curso variable, caracterizada por la acumulación de gas dentro de cavidades quísticas de tamaño variable, subserosas o submucosas, a lo largo de la pared del tracto digestivo, pero de forma preferente, en intestino delgado y colon. Presenta una evolución benigna y curso asintomático; en ocasiones es causante de un cuadro de neumoperitoneo espontáneo (hasta un 30% de las ocasiones)¹.

Presentamos un caso de neumatosis quística diagnosticada en el acto quirúrgico en un paciente de edad avanzada con cuadro dermatológico (penfigoide ampolloso), en tratamiento corticoideo oral, y cuadro abdominal, con neumoperitoneo en la radiología. En la valoración inicial, el paciente impresiona de gravedad. La exploración abdominal fue anodina y el tacto rectal era normal. Presentaba leucocitosis con desviación izquierda. En la radiología se objetivaba un importante neumoperitoneo. En la laparotomía exploradora se ven formaciones quísticas aéreas sobre intestino delgado de localización subserosa y disposición parcheada, alguna de ellas pediculada (fig. 1). No se identifica perforación ni líquido libre intraperitoneal. La biopsia de uno de los quistes se nos informa como quiste aéreo de inclusión. En el postoperatorio se establece tratamiento con oxigenoterapia continua mediante mascarilla al 34%, metronidazol, 500 mg cada 8 horas, y cisapride, 20 mg cada 8 horas; presenta buena evolución y es dado de alta al 7.º día postoperatorio. El paciente permanece asintomático en la actualidad.

La NQI es referida por Hunter, Jenner y Duvernoy en el siglo XVIII, y descrita en 1876 por Bang². En 1882 Mayer le dio el nombre de NQI, aunque ha recibido múltiples denominaciones. Hay revisiones generales de Koss (1952) y Jamart (1979), que permitieron definir aspectos epidemiológicos, clínicos, evolutivos e histológicos de la NQI². Presenta una frecuencia escasa que varía según series, y su hallazgo es radiológico o endoscópico. Afecta preferentemente a varones en la 5.^a-6.^a década de la vida, y puede tener un pico de incidencia en la infancia entre las 2 semanas y los 14 meses³. Se localiza primordialmente en región proximal

de intestino delgado, en región ileal y colon³, aunque puede aparecer en cualquier parte del tracto digestivo, desde el esófago hasta el ano². Un 15% de los casos es forma primaria, el resto (85%) es forma secundaria que aparece acompañando a enfermedades sistémicas (conectivopatías, trasplante renal, hepático o de médula ósea), en las que el tratamiento inmunosupresor, la enfermedad inmunocontra huésped y las infecciones oportunistas pueden contribuir. Existen varias teorías en cuanto al mecanismo patogénico y la procedencia del gas de los quistes (rotura alveolar o de la luz adyacente a una ulcerilla pilórica, biopsia o anastomosis). Este gas iría disecando planos anatómicos (teoría mecánica); podría proceder de bacilos productores de gas (teoría bacteriana)⁴, o de la fermentación de hidratos de carbono (teoría bioquímica). Se distinguen formas quísticas que pueden tener localización submucosa o subserosa, su rotura espontánea es la causante del neumoperitoneo, y formas disecantes, en las cuales existe despegamiento lineal en el espesor de la pared intestinal. Microscópicamente son bullas recubiertas de mucosa o serosa intacta sin comunicación con la luz intestinal que podrían corresponder a vasos linfáticos que habrían sufrido dilataciones locales. La composición del gas es O₂, NO₂ y CO₂ junto con trazas de butano, propano o metano⁵.

La sintomatología suele ser inespecífica (molestias abdominales difusas, diarrea, distensión abdominal). Puede ser percibido como masa abdominal móvil e indolora⁵. La evolución suele ser benigna, con regresión de los quistes, siendo menos frecuente la cronicidad. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las pruebas endoscópicas y radiológicas, que evidencian formaciones quísticas aéreas, neumoperitoneo o retroneumoperitoneo (en un 30% de los casos)¹; en ausencia de signos de peritonismo, deben hacernos pensar en NQI. La TAC determina la localización y extensión del proceso. No existe un tratamiento específico de la enfermedad. La cirugía sólo se reserva para formas de malnutrición, rectorragias u oclusión.

Ante un neumoperitoneo espontáneo, debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial la NQI y establecer, en tal caso, actitud no quirúrgica. En nuestro caso, el tratamiento con metronidazol, cisapride y oxigenoterapia durante 15 días^{5,6} produjo remisión de los síntomas. Se recomendó restricción dietética en hidratos de carbono, y a los 6 meses el paciente permanece asintomático. La etiología benigna del cuadro hace que el pronóstico sea bueno y el tratamiento de elección, conservador. La cirugía sería necesaria sólo en casos de síntomas persistentes en relación con los quistes, que no ceden con tratamiento conservador.

Bruno J. Menchén, Fernando Alcaide, Ildelfonso Campano, Elías Rodríguez, Carlos Morales, Fernando Sánchez-Bustos, Antonio Sierra y Felipe de la Cruz Vigo^a

Servicio de Cirugía General "A". ^aJefe de Servicio. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Bibliografía

- Boerner RM, Fried DB, Warshauer DM, Issacs K. Pneumatosis intestinalis. Two cases reports and retrospective review of literature from 1985 to 1995. *Dig Dis Sci* 1996;41:2272-85.
- Jamart J. Peumatosis cystoides intestinalis. A statistical study of 919 cases. *Acta Hepatol Gastroenterol* 1979;26:419-22.
- Otero Ramírez A, Ortega Arruti JA, Rodrigo Sasal R. Neumatosis quística intestinal asociada con diverticulosis yeyunal y bronconeumopatía crónica. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1981;59:735-42.
- Yao Heng, Schuffer MD, Haggitt RC, Rohrmann CA. Pneumatosis intestinalis: a review. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1747-57.
- Grasland A, Pouchot J, Leport J, Barge J, Vinceneux P. Pneumatose Kystique intestinale. *Presse Med*, 1998;27:1804-12.
- Tak PP, Van Duinen CM, Bun P, Eulderink F, Kreuning J, Gooszen HG, Lamers CB. Pneumatosis cystoides intestinalis in intestinal pseudobstruction. Resolution after therapy with metronidazole. *Dig Dis Sci* 1992;37:949-54.



Figura 1.